

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANÊSSA PICCININ PAZ SANTANA

VIVÊNCIAS DE ADULTOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO



CURITIBA

2018

VANÊSSA PICCININ PAZ SANTANA

VIVÊNCIAS DE ADULTOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fatima Mantovani

Coorientação: Prof.^a Dr.^a Nen Nalú Alves das Mercês

CURITIBA

2018

Santana, Vanêssa Piccinin Paz

Vivências de adultos com infarto agudo do miocárdio [recurso eletrônico] /
Vanêssa Piccinin Paz Santana – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem. Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2018.

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani

Coorientadora: Professora Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

1. Enfermagem. 2. Processo de cuidar. 3. Infarto agudo do miocárdio.
4. Doença crônica. 5. Saúde do adulto. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Mercês,
Nen Nalú Alves das. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.129



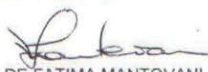
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

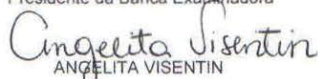
TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **VANESSA PICCININ PAZ SANTANA**, intitulada: **VIVÊNCIA DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM ADULTOS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 17 de Dezembro de 2018.


MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI
Presidente da Banca Examinadora


ANGELITA VISENTIN
Avaliador Externo (UNIBRASIL)


VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA
Avaliador Interno (UFPR)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Curitiba, 20 de fevereiro de 2019.

Ofício N° 03/2019 - PPGENF

Do: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Para: Biblioteca Central

Prezados,

Atendendo à solicitação da discente VANESSA PICCININ PAZ SANTANA, referente à diligência no depósito de sua dissertação recebida via SIGA no dia 19.02.2019, informamos que após a defesa os membros da banca examinadora sugeriram que o título do trabalho fosse alterado para "VIVÊNCIAS DE ADULTOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO" conforme relatado pela discente.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza
Coordenadora Pós-Graduação em Enfermagem

Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Ativar o
Assinatura

Dedico este trabalho a todos os participantes da pesquisa e suas famílias pelo carinho e, por compartilharem suas experiências de vida comigo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fonte de equilíbrio e paz, imensa gratidão pelas bênçãos recebidas.

Aos meus pais, Adão e Leni Paz, pelo apoio e carinho durante toda esta jornada e obrigada por cuidar do Max na minha ausência. Às minhas irmãs, aos meus cunhados e sobrinhos, pela paciência e compreensão nas vezes que me ausentei.

À minha irmã Flavia, por ter lido e relido várias vezes este trabalho, mesmo não sendo da sua área de atuação. À professora Dr.^a Elizabete Braz e a Lara Garcia, que acreditaram mais em mim do que eu, na realização deste sonho, muito obrigada.

A Ângela Mattei, que teve um papel importante na construção desta dissertação, suas contribuições foram de grande valia, serei sempre grata.

A Pollyanna Bahls de Souza, pela ajuda na construção das classes de análise da dissertação. A Alexandra Bittencourt Madureira, pela sua disponibilidade em auxiliar no manuseio do software, muito obrigada pelo carinho e atenção.

Às minhas amigas Fabieli, Suelen, Evelin, Tatieli e Fátima pela amizade, pelos momentos incríveis que vivemos nestes dois anos, e que nossa amizade perdure por muitos anos.

Aos amigos e colegas de pós-graduação, e a todos os participantes da pesquisa e seus familiares, obrigada pelos momentos maravilhosos compartilhados.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, pelo ensinamento e profissionalismo.

Aos professores que aceitaram e disponibilizaram seu tempo para compor a banca de qualificação e de apresentação da dissertação. Muito obrigada pela atenção e pelas contribuições.

Às minhas professoras, Dr.^a Maria de Fátima Mantovani, minha orientadora, Dr.^a Nen Nalú Alves das Mercês, coorientadora, pela paciência, perseverança, compreensão e apoio. Agradeço pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa, principalmente por terem compreendido minhas fragilidades e limitações e as terem utilizando como ferramenta para o meu crescimento pessoal e intelectual, toda a minha admiração, respeito e gratidão!

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

A maneira como as pessoas vivenciam um episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) interfere diretamente na busca pelo cuidado à saúde e a sua compreensão é importante para a capacitação dos profissionais de saúde no atendimento a esses pacientes, com vistas a proporcionar um melhor prognóstico. O objetivo desta pesquisa foi: descrever a vivência das pessoas após o infarto agudo do miocárdio. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa descritiva. Participaram da pesquisa 12 adultos de ambos os sexos, na faixa etária entre 36 a 65 anos acometidos por infarto agudo do miocárdio (IAM), moradores no município de Cascavel-Paraná que tiveram o seu primeiro atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento e foram transferidos para o hospital de referência em cardiologia. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2018, sendo incluídas todas as pessoas que atenderam aos seguintes critérios: possuir diagnóstico de IAM registrado em prontuário e autodeclarado pelo participante ou familiar, ser morador do município e ter sido atendido na Unidade de Pronto Atendimento. O recrutamento ocorreu em dois momentos: o primeiro, nas Unidades de Pronto Atendimento com o acesso aos formulários e documentos de internação, e o segundo, no domicílio, após a realização de contato telefônico e agendamento da visita domiciliar para apresentação da proposta da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o Parecer nº 2.515.648. Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados o diário de campo, roteiro de caracterização dos participantes e formulário semiestruturado de entrevista. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. Para a análise de conteúdos dos relatos utilizou-se as etapas propostas por Creswell (2014) que consistiu em: 1) pré-análise; 2) exploração do material ou codificação; e 3) tratamento dos resultados e interpretação, e estes foram codificados com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*®. Os participantes eram adultos jovens, com faixa etária entre 36 a 65 anos, casados, com predominância do sexo masculino e escolaridade do ensino fundamental ao superior incompleto. Da análise lexical dos dados emergiram seis classes que foram nominadas como: (Des)cuidado e (Des)conhecimento; Estilo de vida e o adoecimento; Heranças e crenças no adoecimento; Idas e vindas, na busca para o cuidado à saúde; Antecedentes e consequentes; e (In)certeza para o futuro. Evidenciou-se a dificuldade dos participantes em conseguirem receber o atendimento nos serviços de saúde, bem como o apoio dos familiares no momento da busca pelo cuidado e na continuidade do tratamento. Percebeu-se a que as crenças em relação ao adoecimento e ao tratamento das doenças crônicas persistem nas narrativas dos participantes, como a utilização chás para o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM). A vivência do IAM levou os participantes a considerarem a possibilidade de mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento, além da incerteza no futuro e a constatação da sua finitude.

Palavras chaves: Doença crônica. Infarto Agudo do Miocárdio. Percepção. Saúde do Adulto. Enfermagem. Processo de cuidar.

ABSTRACT

The way people experience an episode of acute myocardial infarction (AMI) episode interferes directly in their search for health care; its understanding is important in behalf of training health professionals on how to care of these patients and in order to provide a better prognosis. This study aimed to describe the consciousness of people in relation to acute myocardial infarction. It is a descriptive qualitative research. Twelve adults participated from the study; from both sex, in the age range of 36 to 65 years old, who have suffered from acute myocardial infarction, live in Cascavel-Paraná and have been taken care at a Unidade de Pronto Atendimento and been transferred to a reference hospital in cardiology. The data collection occurred from February 2018 to May 2018, being included in it all of the people who fit in the following criteria: own an AMI diagnoses registered in medical records and self-declared by the patient or a relative, live in Cascavel and have been attended at a Unidade de Pronto Atendimento. The recruiting took place in two different times: first, at the Unidades de Pronto Atendimento along with the access of hospitalization forms and documents; second, at the patient's home, after a phone call scheduling the visit to present the research's proposal. This project has been approved by the Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, of Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, of Universidade Estadual do Oeste do Paraná, by the Parecer nº 2.5255.648. To collect the data it was used a field journal, a description script over the attendees' and a semi-structured interview questionnaire. These interviews were recorded and subsequently transcribed in its entirety. For the analysis of the reports contents, it was used the steps proposed by Creswell (2014) which constitutes itself in: 1) pre-analysis; 2) material reconnaissance or coding; and 3) processing and interpretation of the results, later they were codified with the support from the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires®. The attendees were in the age range of 36 to 65 years old, married, most of them were man and from elementary school to incomplete degree. From the data lexical analysis arose six classes named as: Care(less) and (un)awareness; Lifestyle and illness; Inheritance and illness beliefs; Comings and goings, in the search for health care; Precedent and subsequent; (un)certainly about the future. It was noticed certain difficulty among attendees to receive the treatment in health care departments, as well as family support at the time when they search for caring and continuing the treatment. Moreover, beliefs regarding the illness and chronic diseases treatments have been found in the attendees' narratives, for instance, the usage of teas to control the systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM). The attendees' understanding of AMI, has taken them to consider the possibility of life habits' changes and to join the treatment, despite the uncertainty of a future and the awareness of its finitude.

Descriptors: Chronic disease. Myocardial Infarction. Perception. Adult's health. Nursing. Caring Process.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO EM RELAÇÃO AOS HÁBITOS DE VIDA.....	13
FIGURA 2 - ORGANOGRAMA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	19
FIGURA 3 - COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SUAS INTERFACES	20
FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES	23
FIGURA 5 - PROCESSO DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES	24
FIGURA 6 - ANÁLISE HIERÁRQUICA DESCENDENTE – DENDOGRAMA.....	40
FIGURA 7 - ANÁLISE HIERÁRQUICA DESCENDENTE – FILOGRAMA.....	41

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DENOMINAÇÃO DAS CLASSES. CURITIBA.....	41
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	- Atenção Básica à Saúde
ACLS	- <i>Cardiovascular Life Support</i> / Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
AFC	- Análise Fatorial de Correspondência
AHA	- <i>American Heart Association</i>
BDENF	- Banco de Dados em Enfermagem
CCBS	- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTPS	- Carteira de Trabalho e Previdência Social
DCNTs	- Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	- Doenças Cardiovasculares
DM	- Diabetes <i>mellitus</i>
ECG	- Eletrocardiograma
EP	- Entrevista/Participante
GEMSA	- Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	- Índice de Massa Corporal
INSS	- Instituto Nacional de Seguro Social
IRAMUTEQ	- <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	- <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> / Sistema <i>Online</i> de Busca e Análise de Literatura Médica

MS	- Ministério da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
RUE	- Rede de Urgência e Emergência
SAME	- Serviço de Arquivo Médico
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC	- Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCA	- Síndrome Coronariana Aguda
SciELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIC	- Segundo Informações Colhidas
ST	- Segmentos de texto
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UCE	- Unidades de Contexto Elementar
Unioeste	- Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
USA	- <i>United States of America</i> / Estados Unidos da América
UTI	- Unidade de terapia intensiva
WHO/OMS	- World Health Organization / Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 O CAMINHO PERCORRIDO E A MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA	7
2 INTRODUÇÃO	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A VIVÊNCIA DAS PESSOAS EM RELAÇÃO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	12
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLANTADAS NO BRASIL PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS.....	18
4 MÉTODO	22
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	22
4.2 PERÍODO E LOCAL DA PESQUISA	22
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	23
4.4 COLETA DE DADOS	25
4.5 ANÁLISES DOS DADOS	26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	30
5.2 A VIVÊNCIA DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM ADULTOS	40
5.2.1 Classe 1- (Des)cuidado e (Des)conhecimento	42
5.2.2 Classe 2- Estilo de vida e o adoecimento.....	44
5.2.3 Classe 3- Heranças e crenças no adoecimento	47
5.2.4 Classe 4- Idas e vindas na busca para o cuidado à saúde	50
5.2.5 Classe 5- Antecedentes e consequentes	56
5.2.6 Classe 6- (In) certeza para o futuro	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73

APÊNDICE B – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO	75
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	76
ANEXO 1 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MINI-MENTAL)	77
ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	78
ANEXO3 – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE HOSPITAL	79
ANEXO 4 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	80

1 O CAMINHO PERCORRIDO E A MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA

Durante a graduação em enfermagem na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), surgiu o interesse na área da enfermagem em cardiologia, o qual se fortaleceu no momento em que iniciei as atividades de enfermeira intensivista. No ano de 2000, ao realizar o meu primeiro treinamento em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), fui convidada a assumir a coordenação de uma unidade de terapia intensiva (UTI), onde, após alguns anos, começamos a atender cirurgia cardíaca e, como enfermeira intensivista, recebia os pacientes pós-cirurgia cardíaca, angioplastia e cateterismo cardíaco.

Realizava visitas aos pacientes pré e pós-operatório das cirurgias cardíacas e no pós-alta da UTI com a finalidade de realizar orientação sobre o procedimento e cuidados pós-alta hospitalar. No contato inicial durante as visitas pré-operatórias, percebia nos pacientes e familiares sentimentos de medo e insegurança, o que marcou minha trajetória profissional e acadêmica.

Exercia docência na graduação e no ensino técnico de enfermagem, ministrando aulas de urgência e emergência, principalmente, estágios supervisionados nas unidades de terapia intensiva e prontos-socorros, e buscava alinhar a vivência prática com as evidências científicas que orientavam a minha atividade.

No ano de 2014, optei por não trabalhar mais na UTI e no atendimento pré-hospitalar, solicitei transferência para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e permaneci com a docência. Nesse momento, ao atuar como enfermeira, observei que era expressivo o número de pessoas jovens infartadas e, principalmente, que elas demoravam a procurar atendimento nos serviços de saúde, o que gerou em mim crescente inquietação, e não conseguia compreender o motivo da demora na procura dos serviços formais de saúde, pois existia toda uma rede de apoio para prestar o atendimento com eficácia e rapidez.

Por esse motivo, busquei a seleção de mestrado, tendo como proposta primária de pesquisa abordar o tema infarto agudo do miocárdio numa perspectiva quantitativa. Após a aprovação na seleção de mestrado, houve a sugestão, por parte da orientadora, de trabalhar essa temática com uma abordagem qualitativa.

Iniciou-se uma jornada de desafio – deixar o pensamento quantitativo e me interessar por olhar a temática sob um novo prisma, o da pesquisa qualitativa. Trajetória tortuosa e conflitante, pois a pesquisa qualitativa é extremamente delicada, minuciosa, exige do pesquisador o máximo de neutralidade, devido ao fato de existir uma gama de aspectos a serem observados. O pesquisador deve ter a capacidade de estabelecer vínculos, além de compreender as informações subjetivas, que são fundamentais para a aproximação com os participantes e suas famílias, pois se adentra em suas casas, conhecem-se seus medos, valores e crenças, encontrando-os muitas vezes num momento de fragilidade física e emocional.

Assim, surgiu a presente dissertação, que procurou descrever a vivência de adultos acometidos pelo infarto agudo do miocárdio, atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual está vinculada ao Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA), e tem como linha de pesquisa o processo de cuidar em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

2 INTRODUÇÃO

A vida na sociedade moderna, associada às transições demográficas e à aquisição de novos hábitos e estilos de vida, resultou em mudanças no padrão do adoecimento, alterando o perfil das doenças e dos agravos à saúde, com destaque para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Essa mudança refletiu na transição epidemiológica mundial e na predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), sendo que estes alvos de ação visam à prevenção e a diminuição das doenças cardiovasculares (DCV), por meio da elaboração e implantação de protocolos de atendimentos especializados pelos serviços de saúde (CÂMARA et al., 2012).

No início da década de 1970, foram desenvolvidos programas com base comunitária, na busca da redução da mortalidade pelas DCNTs, tendo como foco a prevenção de enfermidades e a educação em saúde em vários países (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

E no Brasil, a década de 1960 marcou a transição epidemiológica e a evolução das causas de morbimortalidade, das doenças infecciosas e relacionadas à desnutrição para as DCNTs, destacando-se as DCV como a principal causa de morte e internações hospitalares (BRANT, et al 2017).

Atualmente, mesmo com todas as ações realizadas visando à prevenção e à diminuição dos fatores de risco, bem como o estabelecimento de metas para a redução das DCNTs em nível mundial, o impacto na saúde e no conhecimento das pessoas sobre o IAM ainda é desigual e insuficiente, conforme apresentado pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2017), no relatório Progresso (*Progress Monitor*).

No ano de 2020, estima-se que as DCV, seja a principal causa de mortalidade, em torno de 25 milhões de óbitos, com 19 milhões localizados em países de baixa e média renda, e no Brasil, observa-se que a taxa de mortalidade causada pelo IAM é elevada, principalmente na faixa etária entre 30 e 59 anos (MEDEIROS et al., 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a), as principais DCNTs, são as DCV, respiratórias crônicas, Diabetes *mellitus* (DM) e neoplasias, as quais

possuem fatores de risco em comum, sendo eles o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação não saudável e o uso nocivo do álcool.

Estudo realizado por Koerich e colaboradores (2017) com 99 participantes que foram submetidos a realizaram cirurgia cardíaca, em um hospital público de referencia cardiovascular, localizado no sul do Brasil, identificou que as principais comorbidades presentes em pessoas com DCV foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o DM em 84,8% e 42,4%, respectivamente. Os principais fatores de risco para a HAS foram os antecedentes familiares (85,9%) e dislipidemias (63,6%)

A principal manifestação clínica da DCV é a doença arterial coronariana, que causa “dor precordial, grave ou transitória” (PAIM; AZZOLIN; MORAES, 2012, p. 78). O IAM representa a patologia central na evolução das DCV e merece ênfase nas pesquisas devido à sua gravidade e às repercussões geradas na vida das pessoas.

Vieira e colaboradores (2017) perceberam que, devido ao episódio do IAM acontecer de forma inesperada, este vem a determinar alterações difíceis e dolorosas no estado de saúde da pessoa acometida, a qual não esperava adoecer, nem ter que modificar seu estilo de vida.

A maneira como ocorre o adoecimento não pode ser caracterizada unicamente como um evento biológico, mas, sim, um processo de vivências, cujo significado de “estar doente” é elaborado nos contextos culturais e sociais, em um processo dinâmico de interpretação e ação, o que gera uma constante negociação consigo, com a família e com a equipe de saúde na busca pela cura (LANGDON, 2014).

O IAM altera a dinâmica familiar, gerando sentimentos de incertezas, angústias e sensação de morte iminente, modificando não só o corpo do indivíduo, mas a sua imagem corporal, pois quebra o seu senso de indestrutibilidade (GARCIA et al., 2013).

Observou-se na literatura, que os sentimentos gerados pelo IAM, são muitas vezes complexos, pois a forma como as pessoas compreendem a doença e o que está representa para elas, se constrói ao longo da sua existência, e isso pode vir acarretar na demora da interpretação dos sinais e sintomas e na busca de

atendimento nos serviços de emergência, consequentemente, agravar a sua situação clínica (GYBERG et al., 2016; MUSSI et al., 2014).

Dessa forma, o contexto social e cultural no qual essa pessoa está inserida estabelece uma explicação exclusiva para a origem, a causa e o tratamento da sua doença, sendo determinantes no processo do adoecer, pois mediante isso ela cria um conjunto de imagens, conhecimentos e práticas representadas pelo seu grupo social, e, por essa imagem, elabora uma representação para sua doença, que naquele instante faz sentido a ela ou ao grupo (KEMP, 2012).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde elaborou Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil, 2011-2022, estabelecendo políticas para redução das DCV, com programas e projetos voltados para a rede de atendimento e tendo como finalidade organizar e melhorar a assistência nos serviços de urgências e emergências (MALTA; SILVA, 2014).

Em contrapartida, os profissionais foram capacitados para a adequação aos atendimentos agudos com a organização de protocolos de atendimento principalmente para as urgências e emergências cardiovasculares, neurológicas e traumáticas, com a utilização da classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, garantindo a universalidade, equidade e integralidade no atendimento (CONASS, 2015).

Tendo em vista o impacto do IAM na vida das pessoas acometidas e a carência de estudos na literatura nacional e internacional, nos últimos 10 anos de estudos que descrevem a vivência das pessoas que sofreram um IAM, questionou-se: como as pessoas acometidas pelo IAM, vivenciam esta experiência após o evento cardíaco?

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever a vivência das pessoas após o infarto agudo do miocárdio.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste item aborda-se a literatura que fundamenta esta pesquisa. O texto foi definido por meio de consultas nas fontes de informação: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de dados em enfermagem (BDENF), Sistema *Online* de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), no portal do *site* do World Health Organization (WHO), portal do *site* do Google Acadêmico e do Ministério da Saúde, e também no acervo da Biblioteca da Universidade Federal do Paraná, para a busca do material bibliográfico físico. Os principais descritores utilizados foram: doença crônica; infarto agudo do miocárdio; percepção; religiosidade/espiritualidade; saúde do adulto; enfermagem e processo de cuidar, e seus respectivos termos em inglês e espanhol.

Os tópicos que compõem esta revisão são: doenças crônicas não transmissíveis e a vivência das pessoas em relação ao Infarto Agudo do Miocárdio e Políticas Públicas implantadas no Brasil para o atendimento das pessoas com doenças crônicas.

3.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A VIVÊNCIA DAS PESSOAS EM RELAÇÃO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

A World Health Organization (WHO) (2017), divulgou o Relatório de Progresso (*Progress Monitor*) para as doenças crônicas não transmissíveis, em que ressalta a necessidade de fortalecer, em nível mundial as ações que visassem a controlar as DCNTs, principalmente em relação às doenças crônicas cardiovasculares, cânceres e diabetes, que afetam cerca de 15 milhões de pessoas na faixa etária de 30 a 70 anos, pois, observou-se que a redução no número dos casos ainda era insuficiente.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a), as DCNTs possuem múltiplos fatores (sociais ou individuais), que se interagem ao longo da vida das pessoas e interferem diretamente na evolução da doença e na sua complicação. Podem-se considerar quatro fatores principais em relação aos hábitos de vida conforme FIGURA 1.

FIGURA 1 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO EM RELAÇÃO AOS HÁBITOS DE VIDA



FONTE: Brasil (2018a)

Esses fatores de risco surgem de forma a contribuir para o elevado número de mortes, hospitalizações e incapacidades na população adulta, e podem ser considerados como respostas às condições de vida adquiridas (TESTON et al., 2016).

Nos últimos anos, houve diminuição da mortalidade por DCV em vários países, principalmente nos mais desenvolvidos, porém, observou-se que os Estados Unidos da América (EUA), apesar de apresentar uma redução significativa da mortalidade por essas doenças, esta ainda é discreta em relação a adultos jovens e principalmente mulheres (MANSUR; FAVARATO, 2016).

Ribeiro e colaboradores (2016), em estudo referente à saúde cardiovascular no Brasil, relatam a ocorrência de uma redução expressiva no uso do tabaco, em contrapartida, aumento progressivo em relação ao sobrepeso e à obesidade, a aquisição de hábitos alimentares não saudáveis e de sedentarismo. Vale ressaltar que desde a década de 1960, as DCV foram responsáveis por grande parte dos internamentos hospitalares.

Estudo realizado por Teston e colaboradores (2016) mostram que, em relação às DCV autorreferidas, a ocorrência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é maior em indivíduos com obesidade, Índice de Massa Corporal (IMC) inadequado em relação aos parâmetros normais e dislipidemia. No entanto, a chance de ocorrência de IAM foi maior em indivíduos tabagistas e com dislipidemia, combinada com consumo de álcool.

Gomes e colaboradores (2012) afirmam que o cotidiano agitado, especialmente nas grandes cidades, o crescente acesso à alimentação industrializada, rico em sódio, e o tempo passado diante da televisão ou do computador, também como ferramenta de trabalho e entretenimento amplamente utilizado entre os jovens, contribuem para o sobrepeso e a obesidade, associada à baixa atividade física e ao sedentarismo. Nesse estudo, a taxa de sedentarismo em adultos jovens foi de 57,3%, com presença de alterações da glicemia e aumento da pressão arterial. Como os fatores preditores das DCV, os antecedentes familiares foram 86,3%, o que comprova a sua soberania na população.

Segundo Ferreira e colaboradores (2015a), as DCV são as principais causas de morte em pacientes com diabetes, apesar do avanço nos diagnósticos e no tratamento da DCV, que tiveram impacto na morbidade e mortalidade por IAM. O DM tipo II, com ou sem história prévia de IAM, ainda apresenta risco cardiovascular significativo.

Na maioria das vezes, na evolução do IAM, em pessoas com DM, os sinais e sintomas podem ocorrer de forma atípica, provavelmente decorrente da neuropatia sensitiva autonômica, que pode resultar no aparecimento de sinais e sintomas como dispnéia, sudorese, náuseas e vômitos, e vir a dificultar a identificação de um possível evento cardíaco, levando ao atraso na busca pelo atendimento nos serviços de saúde (PAIM; AZZOLIN; MORAES, 2012).

O fato de a HAS assim como a DM ter uma trajetória assintomática contribui para a falta de conhecimento dos pacientes e corrobora para que se acredite que essas doenças são intermitentes, sendo possíveis de serem tratadas unicamente com terapias não farmacológicas, tais como alívio do estresse ou remédios caseiros (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SIMÃO, 2013), pessoas portadoras de diabetes tipo I e II, entre 49 e 56 anos, encontram-se na transição do grupo de risco cardiovascular de intermediário para o alto, apresentando maior risco para o IAM.

A doença arterial coronariana precursora do IAM resulta da diminuição ou ausência de fluxo sanguíneo para as artérias coronarianas, que ocasiona uma lesão na musculatura cardíaca devido ao desequilíbrio existente entre a oferta e o consumo de oxigênio. Tais doenças arteriais, variam desde pequenas obstruções

nos vasos cardíacos até grandes lesões miocárdicas (LIMA; SILVA; MENDONÇA, 2018; WHO, 2017; GARCIA et al., 2013).

As DCV podem se apresentar de duas formas: aguda, como síndrome coronariana aguda (SCA), que engloba a angina instável e o IAM, e crônico, como a angina estável (OSUGUI, 2013).

Segundo Medeiros e colaboradores (2018, p. 566) “As doenças cardiovasculares atingem grande parte da população brasileira, dentre elas o Infarto Agudo do miocárdio, é a principal causa”, e para Roberts e colaboradores (1994), o IAM caracteriza-se como uma lesão celular irreversível com área de necrose da musculatura cardíaca, geralmente oriunda da aterosclerose coronariana, vindo a gerar um evento agudo que necessita de internação hospitalar.

No momento em que a artéria coronariana reduz o seu calibre, consequentemente causa redução no fluxo sanguíneo. A diminuição do lúmen pode ser causada por placas de ateroma, que lesionam as paredes arteriais. A formação das placas de ateroma é uma resposta do organismo aos vários fatores de risco para as DCV, como o tabagismo, a hipertensão, elevados níveis de colesterol e o sedentarismo (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2011).

A evolução das placas de ateroma é silenciosa, e não apresenta sintomas. No momento em que uma artéria coronariana reduz o seu lúmen, consequentemente diminui o fluxo sanguíneo e, para compensar essa instabilidade, muitas vezes outros vasos sanguíneos que estão mais perto estabelecem uma irrigação colateral com a finalidade de manter o coração em funcionamento, porém, ao compensarem essa “falha”, acabam não desencadeando sinais e sintomas e as pessoas não conseguem identificar que algo de “errado” está acontecendo no seu organismo (AMERICAN HEART ASSOCIATION©, 2018a).

Segundo Garcia e colaboradores (2013), as consequências geradas pelo IAM perseveram ao longo da vida, e, consequentemente, podem ocasionar dependência física e psicológica, ou seja, as pessoas podem necessitar de cuidados contínuos, o que desencadearia um sofrimento emocional tanto para a pessoa que foi acometida pelo evento cardíaco quanto para sua família, ocasionado pelo medo da morte, da invalidez e do desconhecido.

A literatura demonstrou que o adoecimento pelo IAM leva as pessoas a reconhecerem a existência da sua finitude, ter que lidar com a expectativa ou a

possibilidade da morte, traz sentimentos de angústia e medo. As pessoas possuem uma representação simbólica em relação ao coração, que vai além da simples fisiologia. Há a crença de que o coração é um órgão vital, o centro das emoções e o mantenedor da vida, então qualquer ameaça a ele representa uma ameaça à vida (VIEIRA, et al., 2017; GARCIA et al. 2013; SOUZA; OLIVEIRA, 2005).

Em estudo realizado por Vieira e colaboradores (2017) em homens infartados, percebeu-se que, após o diagnóstico do IAM, surgiram sentimentos de medo da morte e preocupação com seus familiares. As pessoas não estavam preparadas para o infarto, muitas se encontravam exercendo suas atividades corriqueiras e consideravam-se saudáveis, e quando o evento cardíaco aconteceu veio a surpreendê-las, pois a partir daquele momento tiveram que lidar com conflitos relacionados ao fato de adoecer e terem suas vidas subitamente modificadas.

Damasceno e colaboradores (2012), ao observar a relação da diferença de tempo na busca pelo sistema de saúde entre homens e mulheres infartados, perceberam que os homens esperavam que os sintomas desaparecessem, enquanto as mulheres procuravam ocultá-los.

Essas atitudes expressam a forma como lidam com o IAM, portanto, pode-se dizer que os compromissos e papéis sociais são fatores que influenciam na busca pelo atendimento nas unidades de saúde, mesmo em situações de risco. Por exemplo, o fato da mulher não querer incomodar outras pessoas, o medo de afastar-se da família, faz com que ela venha assumir um comportamento de tolerância à dor, e os homens, o medo de afastar-se do trabalho e a dificuldade de verbalizar suas necessidades de saúde, pois para eles isso representa sinal de fraqueza, acabam por resultar no atraso aos serviços de saúde especializados (ARSLANIAN-ENGOREN; SCOOT, 2017; NIELSEN, et al., 2015).

Percebeu-se que, as mulheres, por apresentarem sinais e sintomas de IAM atípicos, acabavam minimizando a gravidade, e não o compreendem como algo diferente das suas mudanças corporais. O medo da perda de controle e de sua independência as levava a minimizar o evento cardíaco, o que resultava no atraso na procura pelo atendimento formal de saúde (AMMOURI et al., 2017; KOC; DURNA; AKIN, 2017).

Observou-se que as pessoas procuravam negar a gravidade, pois se sentiam incapazes de lidar com a situação naquele momento e buscavam minimizar

o significado dessa ocorrência, e em algum momento faziam uma dissociação da realidade esperando que as coisas melhorassem (JOHANSON; SWAHN; STRÖMBERG, 2007).

Após o evento cardíaco as pessoas podem ser submetidas a três procedimentos invasivos, como o cateterismo cardíaco, a angioplastia e a cirurgia cardíaca. Esses procedimentos são cercados de sentimentos de medo e incertezas, principalmente por se tratar de algo desconhecido, o que muitas vezes vem a dificultar o entendimento das orientações (CASTRO et al., 2016).

Em estudo realizado sobre a percepção de pacientes submetidos à cirurgia vascular frente ao adoecimento, observou-se a reação de surpresa diante da confrontação com a realidade da descoberta de um problema cardíaco. Pode-se considerar que a surpresa foi decorrente do fato de considerarem-se jovens e, portanto, inatingíveis por qualquer adoecimento. O adoecimento gerou nessas pessoas um momento de reflexão frente à morte e ao morrer (CAMPONOGARA; SILVEIRA; CIELO, 2014).

As pessoas que sobrevivem ao IAM precisam aprender a lidar com essa doença, que ameaçou sua vida e, principalmente, com a probabilidade de uma nova ocorrência, ou seja, outro ataque cardíaco que poderia ser fatal, e esse sentimento produzem nas pessoas sensação de incerteza em relação ao futuro (SOUZA; OLIVEIRA, 2005).

Em estudo realizado sobre a sexualidade do paciente coronariano observou-se que, com a descoberta da doença cardiovascular, a utilização de variadas medicações que podem produzir reações adversas e as influências emocionais provocadas pelo evento cardíaco, como a ansiedade e o medo da morte, acaba por interferir na prática da vida sexual, por tornar-se um fator limitante. O paciente coronariano experimenta a sexualidade com algumas limitações, pois, após o infarto, um dos cuidados necessários consiste na restrição de atividade física, o que pode causar diferentes impactos na sua vida sexual e pode trazer sentimentos de vulnerabilidade devido ao medo de que venha a desencadear um novo infarto (SILVA et al., 2017).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLANTADAS NO BRASIL PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Na busca para reduzir as DCNTs, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2011, pactuou com as lideranças mundiais medidas concretas a fim de reduzir a mortalidade e a morbidade, e estabeleceu, em 2013, uma estrutura abrangente de monitoramento global com 25 indicadores e nove metas globais voluntárias a serem cumpridas até o ano de 2025, aprovando o Plano de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020, que quando realizados coletivamente auxiliam no alcance dos compromissos pactuados (WHO, 2014).

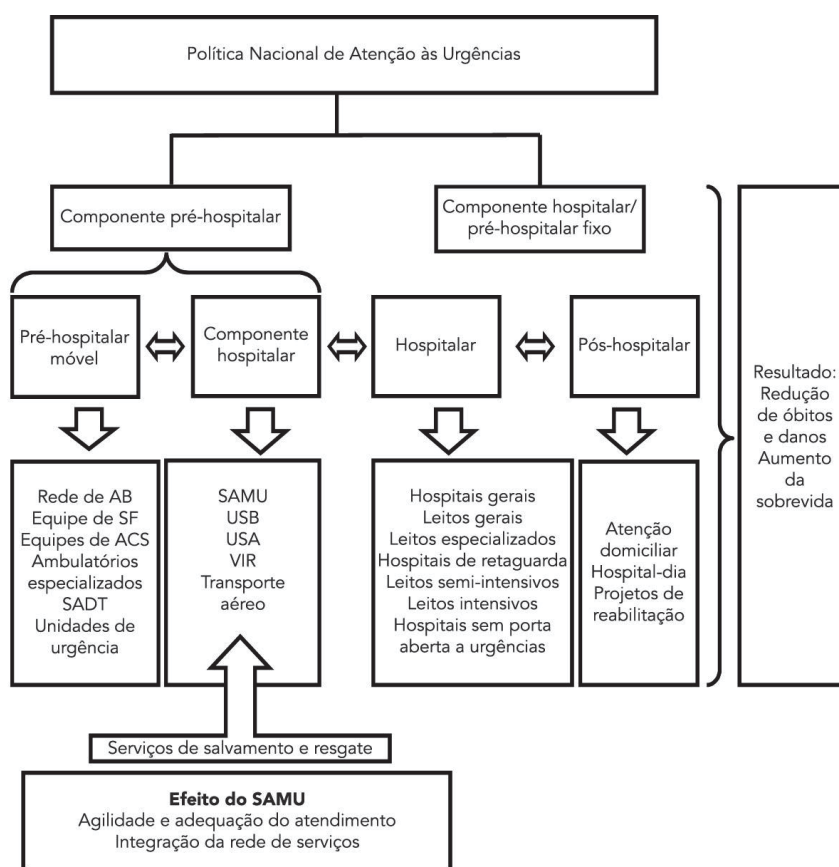
Para cumprir as metas pactuadas, havia a necessidade de modificar o sistema de atenção à saúde, pois este se encontrava fragmentado e não conseguia mais atender às necessidades da população, respondendo unicamente às condições agudas e às agudizações decorrentes das condições crônicas (BRASIL, 2011).

O Brasil, desde 2010, percebeu a necessidade de estabelecer novas políticas públicas a fim de melhorar o atendimento nos serviços de saúde e resolver o problema da fragmentação da assistência. Mediante esses fatos, elaborou a Portaria nº 4.279/2010, que dispõe sobre o estabelecimento das diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que fundamenta e normatiza as ações da Atenção Básica e estabelece estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, organizando cinco redes temáticas prioritárias, como: a Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459/2011; a Rede de Urgência e Emergência (RUE), Portaria GM/MS nº 1.600/2011; a Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental, Portaria GM/MS nº 3.088/2011; a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Portaria GM/MS nº 793/2012; e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Portaria GM/MS nº 483/2014 (CONASS, 2015).

Somente três dessas redes apresentam ligação com a temática desta pesquisa: Política Nacional de Atenção às Urgências, Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS), em 2003, para organizar o atendimento nos sistemas de saúde, e reformulada em 2011, com a criação da Rede de Atenção às Urgências, no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde conforme FIGURA 2. As UPAs e o conjunto de serviços 24 horas são componentes da rede (UCHIMURA et al., 2015).

FIGURA 2 - ORGANOGRAMA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS



AB: atenção básica; ACS: agentes comunitários de saúde; SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SF: saúde da família; USA: Unidade de Suporte Avançado; USB: Unidade de Suporte Básico; VIR: Veículo de Intervenção Rápida.

FONTE: Ortiga et al. (2016).

Para a concepção da política federal para atenção às urgências no Brasil, devem-se considerar três momentos cronológicos, de 1998 até 2003, com o predomínio da regulamentação; entre 2004 e 2008, marcados pela expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e com início em 2009 a

implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidade de Pronto Atendimento (UPAs) (KONDER; O'DWYERL, 2015; MACHADO; SALVADOR; O'DWYERL, 2011).

Em 2011, o Brasil implantou o Plano de Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022 (DCNTs), tendo como objetivo preparar o país para o enfrentamento das DCNTs. E, como proposta, elaborou ações políticas de enfrentamento por meio da Organização da Vigilância de DCNTs, que tem o propósito de conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco, apoiando as políticas públicas de promoção à saúde, entre elas a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que realiza ações no campo da alimentação saudável, da atividade física, na prevenção do uso do tabaco e do álcool (MALTA et al., 2017; BRASIL, 2011).

Em relação à Rede de Urgência e Emergência, esta tem como prioridade a linha de cuidados das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas, apresenta como diretriz a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, mantendo a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas, como traumatismos, violências e acidentes, conforme a FIGURA 3 (CONASS, 2015).

FIGURA 3 - COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SUAS INTERFACES



FONTE: SAS/MS (2011).

A RUE é composta por: promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção primária à saúde, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e suas centrais de regulação médica das urgências e emergências, sala de estabilização, força nacional de saúde do SUS, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, hospitalar e atenção domiciliar (CONASS, 2015).

Segundo O'Dwyer e colaboradores (2017), as UPAs fazem parte do componente fixo de urgências pré-hospitalares, sendo consideradas unidades intermediárias entre a atenção primária e as emergências hospitalares, implantadas pela Portaria GM/MS nº 2.922, e deve funcionar como elo entre a atenção básica e o hospital, tendo a finalidade de reduzir as filas nas emergências hospitalares.

Em 2012, foi implantada a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que corresponde ao terceiro eixo desse plano. Esse documento visa fornecer diretrizes e indicar ações e serviços, já existentes no cotidiano das equipes de saúde e dos seus gestores, para a construção de uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013).

Para interligar todo esse processo,, foi estabelecida uma relação entre a estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e da Atenção Básica à Saúde (ABS), tendo um caráter estratégico importante, pois, pelo fato de ser um ponto de maior ampliação e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e de realizar a estratificação de riscos que subsidia a organização dos cuidados em rede, tem a responsabilidade de realizar ações de promoção, proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a população (BRASIL, 2013).

Assim, identifica-se que as ações propostas nas políticas públicas, deveriam possibilitar o cuidado adequado e imediato e garantir ao cidadão a resposta efetiva no tratamento de episódios cardiológicos agudos por interligar os serviços em todos os níveis de atenção. E, para acessar como essa vivência vem sendo percebida pelas pessoas que tiveram IAM, apresenta-se a seguir o método utilizado nesta pesquisa.

4 MÉTODO

Neste item são descritas as características da pesquisa, local, período, procedimentos metodológicos, análises de dados e os aspectos éticos necessários para realização deste trabalho.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa descritiva. As pesquisas qualitativas são realizadas para dar voz a questões que não podem ser mensuradas numericamente e ouvir as histórias de situações vivenciadas pelos sujeitos frente a determinado problema (CRESWELL, 2014).

Nesse tipo de estudo, os pesquisadores buscam reportar as múltiplas realidades e suas características. Por meio da observação dos fenômenos e da atribuição de significados que as pessoas ou o grupo delegam a um problema social ou humano, o pesquisador, ao interagir, pode descrever e interpretar as várias facetas e o contexto do objeto em estudo (CRESWELL, 2014).

Dessa forma, considera-se que o objeto desta pesquisa, é a vivência de adultos pós IAM, e que a natureza qualitativa está adequada para a investigação, pois, a partir dos depoimentos, podem-se obter as diferentes perspectivas desse episódio para os participantes na busca pelo cuidado.

4.2 PERÍODO E LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2018, no município de Cascavel-Paraná, cuja população é de aproximadamente 319.608 habitantes (BRASIL, 2017a), e apresenta como primeira causa de mortalidade as doenças do aparelho cardiovascular, sendo o IAM a principal patologia (CASCAVEL, 2016).

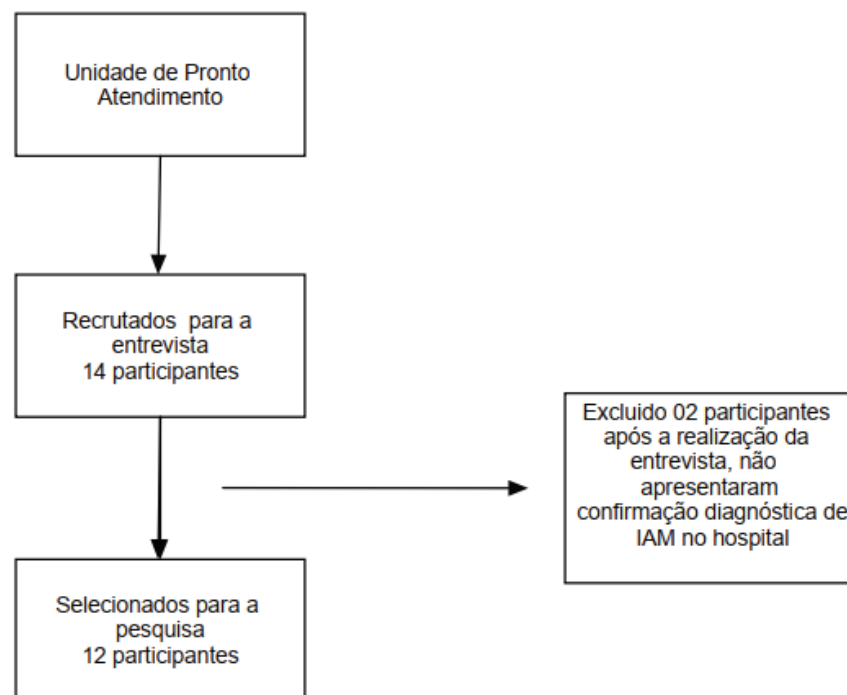
Essa cidade fica situada na região oeste paranaense, pertencente à 10ª Regional de Saúde. O município contém 36 unidades de saúde, sendo 25 na área urbana e nove na área rural. Possui três Unidades de Pronto Atendimento, sendo

duas para atendimento a adulto e uma para atendimento pediátrico (CASCAVEL, 2017).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram 12 adultos, de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 65 anos, acometidos por IAM, moradores do município de Cascavel-Paraná, que tiveram o primeiro atendimento realizado em uma das duas UPAs do município e que foram transferidos para o hospital de referência em cardiologia. A amostragem foi delimitada de forma intencional, diariamente, no período de fevereiro a maio de 2018, e foram incluídas todas as pessoas que atenderam aos critérios de elegibilidade, conforme a FIGURA 4.

FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES



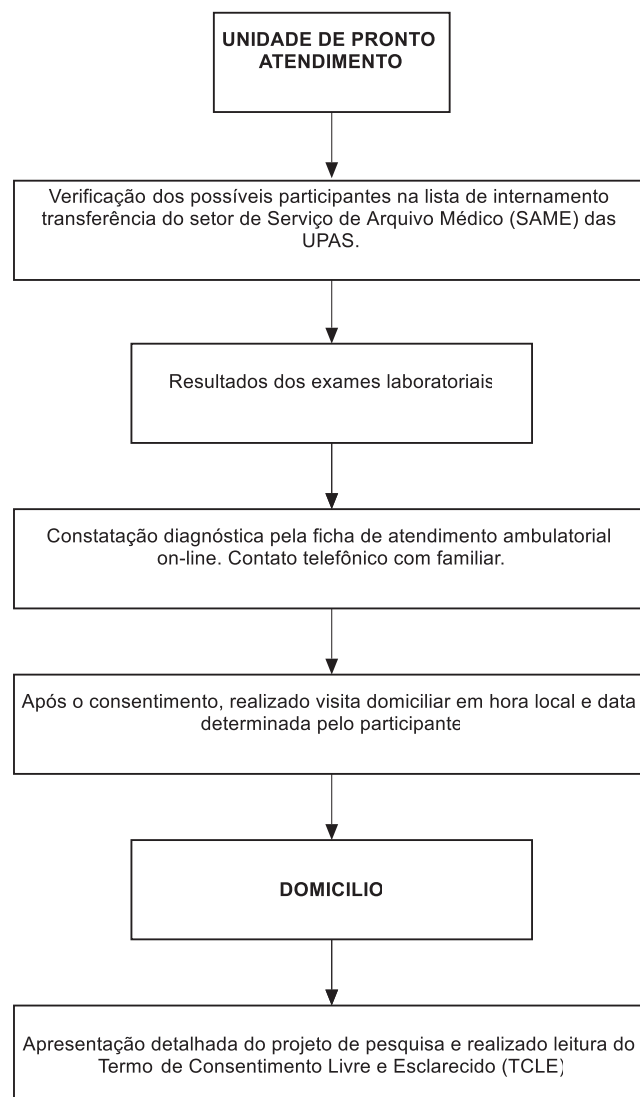
FONTE: Autora (2018).

Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico de IAM no prontuário e confirmado pelo participante ou familiar; ser morador da cidade de Cascavel; ter sido

atendido na Unidade de Pronto Atendimento e encaminhado ao hospital de referência em cardiologia. Foram excluídos aqueles que não atingiram a pontuação mínima no Miniexame do Estado Mental (Mini-Mental – ANEXO A).

O Mini-Mental permite verificar possíveis problemas de cognição moderada ou grave. Inclui 11 questões que variam de zero a 30 pontos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Em relação aos pontos de corte, a pontuação mínima requerida é 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para a alta escolaridade. Consideram-se como baixa escolaridade os valores de um a quatro anos; média escolaridade, de quatro a oito anos incompletos; e alta escolaridade com mais de oito anos (BERTOLUCCI et al., 1994). O recrutamento dos participantes ocorreu em dois momentos, conforme a FIGURA 5.

FIGURA 5 - PROCESSO DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES



FONTE: Autora (2018).

Para a verificação dos possíveis participantes, consultou-se a lista de internamento e transferência atualizada diariamente pelo setor de Serviço de Arquivo Médico (SAME) das UPAs identificando as pessoas acometidas por IAM que aguardavam transferência hospitalar, mediante os resultados dos exames laboratoriais e constatação diagnóstica pela ficha de atendimento ambulatorial on-line, gerada pelo sistema de Informática para Municípios (IPM Saúde®).¹

Em posse desses dados, a pesquisadora realizou contato telefônico com o familiar dos participantes e solicitou permissão para agendamento de uma visita domiciliar. O objetivo desse primeiro contato consistiu em estabelecer o vínculo para, posteriormente, fornecer maiores esclarecimentos para a pesquisa.

O segundo momento do recrutamento foi realizado no domicílio do participante. Após o seu consentimento, foi agendada a entrevista conforme a sua disponibilidade em local, data e horário definido por ele, para a apresentação do projeto de pesquisa de forma detalhada e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Após o aceite, foi iniciada a entrevista.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, e utilizados: diário de campo, roteiro de caracterização, formulário semiestruturado (APÊNDICE B) e entrevista (APÊNDICE C).

O diário de campo foi composto por questões relativas à identificação dos participantes, sendo utilizado para a construção da transcrição do roteiro de caracterização, e usado em pequenas narrativas, a fim de complementar as informações coletadas pela pesquisadora.

O formulário semiestruturado aborda as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas e os hábitos de vida dos participantes. Algumas informações foram autodeclaradas pelos participantes da pesquisa.

O roteiro de entrevista foi elaborado com dez questões abertas que permitiram identificar as expressões vivenciadas pelo participante antes do evento

¹ O IPM Sistemas é uma empresa que desenvolve *software* de gestão pública, com o objetivo de diminuir os custos operacionais e melhorar o atendimento ao cidadão, interligando todos os serviços de saúde do município.

cardíaco e observar aspectos relativos ao ambiente físico, às respostas verbais e não verbais dos participantes às suas atividades e interações familiares e sociais e ao seu comportamento durante a entrevista, como a comunicação, labilidade emocional, interação familiar, os quais foram anotados em diário de campo.

Os instrumentos utilizados (roteiro de entrevista e formulário semiestruturado) foram submetidos a teste-piloto para sua validação com três participantes, porém os resultados deste não foram inseridos no relatório final. O roteiro de entrevista, após a realização do teste-piloto, foi modificado a fim de contemplar o objetivo proposto de investigação.

As entrevistas foram registradas em dois gravadores digitais, com o consentimento prévio dos entrevistados, para garantir a coleta dos depoimentos evitando a perda de informações e preservar a fidedignidade dos registros das falas e posterior transcrição na íntegra. As entrevistas duraram em média uma hora, porém, em alguns casos, houve a necessidade de um tempo maior devido às necessidades apresentadas pelos participantes, como dúvidas em relação aos cuidados a serem realizados no domicílio, sinais e sintomas apresentados após o infarto.

4.5 ANÁLISES DOS DADOS

A análise do conteúdo dos depoimentos foi realizada de acordo com as três etapas propostas de Creswell (2014): 1) pré-análise; 2) exploração do material ou codificação; e 3) tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira etapa corresponde ao estágio inicial do processo de análise dos dados, momento da organização dos arquivos e sua transformação em unidades de texto apropriadas para a exploração do conteúdo (CRESWELL, 2014). Nessa fase, foram realizadas a transcrição e a leitura das entrevistas na íntegra, com a utilização do diário de campo para complementar os dados, enfatizando as diferentes fases vivenciadas pelas pessoas com IAM cronologicamente.

Buscou-se, nessa etapa, compreender profundamente os detalhes da entrevista por meio do entendimento da “ideia” central da fala do participante, para posteriormente realizar a sua fragmentação e a construção do *corpus* textual. Após a organização do *corpus* textual, foi utilizado o *software Interface de R pour les*

Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ_0.6-alpha3®).

O *software* IRAMUTEQ® foi desenvolvido em 2009 por Pierre Ratinaud, e consiste em um programa gratuito de codificação aberta que permite o processamento e a análise estatística de textos produzidos, tendo sua base fundamentada no *software* R e na linguagem de programação python (KAMI et al., 2016).

Para a construção do *corpus* de análise, os textos foram gravados no formato txt e codificados em Unicode UTF-8, tendo o texto a codificação na primeira linha com as seguintes simbologias: quatro asteriscos (****) seguidos de uma série de variáveis introduzidas com um asterisco (*) separado por um espaço (SALVIATI, 2017; CAMARGO; JUSTO, 2013). Ex. **** *Entrevista.

Esse *software* possibilita a realização de cinco tipos de análises de dados textuais: estatísticas textuais, pesquisa de especificidades de grupos (análise fatorial de correspondência – AFC), classificação hierárquica descendente (CHD), análise de similitude e nuvem de palavras (SALVIATI, 2017). Proporciona um rigor estatístico, permitindo a utilização de vários recursos técnicos de análise do vocabulário, em que as palavras são agrupadas e organizadas graficamente de acordo com a sua frequência, possibilitando a construção de um único arquivo (*corpus*), que reúne os textos originais da entrevista (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Segundo Salviati (2017), as estatísticas textuais ou análise lexical clássica fornecem o número de texto e segmentos de textos, identificam a quantidade de palavras, frequência média e hápax (palavras com frequência de um), investigam o vocabulário e reduzem as palavras com base em suas raízes (forma reduzidas) e identificam formas ativas e suplementares. A análise de especificidades permite a associação dos textos com variáveis de caracterização dos narradores dos textos (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método de Reinert, os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. Visa obter as classes de segmentos de texto. A partir dessa análise em matrizes o *software* organiza a verificação dos dados em um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes (SALVIATI, 2017; CAMARGO; JUSTO, 2013).

Já a análise de similitude baseia-se na teoria dos grafos e possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado, trazendo indicações da conexidade entre as palavras, e auxilia na identificação da estrutura da representação, sendo aplicada a cada um dos *corpus* textuais (SALVIATI 2017; MARCHAND; RATINAUD 2012; CAMARGO; JUSTO, 2013).

A nuvem de palavras busca agrupar e organizar graficamente as palavras em função da sua frequência (SALVIATI, 2017; CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na segunda etapa, exploração do material ou codificação, é realizada a descrição detalhada das entrevistas e, em sequência, a separação do texto em categorias menores de informação, que permitem uma descrição exata das propriedades relevantes ao conteúdo apresentado. Em um estudo qualitativo, nem sempre são utilizadas todas as informações, algumas podem ser descartadas por não serem relevantes à pesquisa (CRESWELL, 2014). Nesta pesquisa utilizou-se a CHD e foram nominadas as classes correspondentes.

A terceira etapa, interpretação e análise dos resultados, constitui-se momento de ampliar os significados dos códigos e temas encontrados para além da representação inicial, e realizar a interpretação e compreensão dos dados, como base de análise da literatura de pesquisa (CRESWELL, 2014).

Os dados são apresentados inicialmente em forma de narrativas, com as características sociodemográficas e a história clínica e, posteriormente, com as respectivas classes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi autorizado pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel e pelo diretor clínico do Hospital do Coração da referida cidade, e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, sendo aprovado em 27 de fevereiro de 2018 sob o Parecer nº 3.127.897 e CAAE: 82916018.90000.0107 (ANEXO 4). Atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a ética em pesquisa (BRASIL, 2012).

A coleta de dados ocorreu mediante aceite, autorização e assinatura do TCLE pelo participante. O termo foi impresso em duas vias, sendo uma do

participante e outra recolhida pela pesquisadora, compondo o acervo de documentos da pesquisa.

Todas as informações prestadas pelo participante foram mantidas em anonimato, e seu nome foi substituído por um código identificador, com a utilização da letra EP (entrevista/participante) seguida do número arábico em ordem crescente (EP_1). O participante teve toda a liberdade de desistir do projeto a qualquer momento. A pesquisa foi realizada no domicílio do participante, em local reservado, sem a presença de outras pessoas, excetuando-se os casos em que este solicitou.

Após a transcrição integral do conteúdo da entrevista, uma cópia foi entregue por escrito ao participante para uma leitura prévia do material e a confirmação ou retificação de algum trecho lido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item são apresentados os resultados encontrados durante a realização da pesquisa. Inicialmente, com a caracterização dos participantes em forma de narrativas mediante a descrição dos caracteres sociodemográficos, hábitos de vida e a vivência do IAM. As narrativas foram retiradas do roteiro de caracterização e relacionadas com as informações observadas e registradas no diário de campo, a fim de complementar os dados coletados. Posteriormente, apresentam-se os resultados da análise textual, obtida pelo uso do IRAMUTEQ® e as classes oriundas da classificação hierárquica descendente.

5.1 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

EP_1 – Homem, 55 anos, casado, possui dois filhos, auxiliar de serviços gerais com registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), ensino fundamental completo (Fundamental I). Referiu não ter nenhum problema de saúde, nega tabagismo e etilismo, relata não realizar exercícios físicos regulares. Sua mãe faleceu aos 66 anos e seu irmão aos 57 anos devido ao IAM. O participante foi submetido a dois cateterismos cardíacos. Antes do IAM – tinha dores abdominais há vários anos, porém não as considerava como um problema de saúde, mas como excesso nos hábitos alimentares e devido a isso se automedicava. Não tinha o hábito de frequentar a Unidade Básica de Saúde (UBS), nem realizava exames regulares. Em caso de problemas de saúde, buscava auxílio na internet e em chás caseiros preparados pela esposa. O IAM – o início dos sintomas foi caracterizado por dor de estômago persistente com aumento de intensidade aos esforços físicos. Sua primeira iniciativa foi a utilização de chá. Com a piora da intensidade da dor, decidiu ingerir mais chá. Quando a dor se tornou insuportável, acionou o SAMU. Devido à demora na chegada da ambulância, foi procurar socorro na UPA, localizada a aproximadamente cinco quadras da sua residência e encaminhado ao hospital de cardiologia. Pós-IAM – referiu dificuldades para seguir trabalhando e lidar com a situação, faz leituras em livros religiosos e ouve músicas evangélicas. Tem esperança de voltar a trabalhar e levar uma vida normal. Segundo seu depoimento, o motivo do adoecimento é a prática de hábitos inadequados, como

alimentação gordurosa e não realizar exames periódicos, além disso, ter que ficar sem trabalhar devido ao episódio de IAM é, para ele, muito difícil, pois se sente incapacitado. Em relação a sua recuperação, relatou que o apoio familiar e da comunidade evangélica foram importantes, porque houve aproximação dos filhos, dos amigos da igreja, que deram também apoio financeiro, pois num período de dois meses as despesas foram pagas com ajuda dos familiares e contribuições da comunidade.

EP_2 – Homem, 46 anos, união estável, possui quatro filhos, trabalha com caminhão de frete, registro em CTPS, quinta série do ensino fundamental (Fundamental II). Hipertenso, etilismo socialmente e nega tabagismo, não realizava acompanhamento de saúde na UBS. Relata não realizar exercícios físicos regulares. Pai faleceu aos 77 anos devido ao IAM. O participante teve IAM e foi submetido à angioplastia com colocação de stent. Antes do IAM – em 2013, descobriu a pressão alta quando verificava na farmácia. Iniciou tratamento para a hipertensão, porém fazia uso irregular da medicação, pois acreditava não ser necessário. Entre 2013 e 2014 teve os primeiros sintomas de dor no peito, na cabeça e nos ombros, foi internado na UPA e transferido para o hospital de cardiologia, porém, sem alterações nos exames laboratoriais, obteve alta hospitalar. Tinha como rotina fazer exames regulares e há um ano parou de realizá-los devido ao custo. O IAM – os sintomas tiveram início súbito e surgiram quando estava indo ao trabalho. Acionou o SAMU, porém, ao verificarem a pressão arterial, esta estava normal e o SAMU não quis levá-lo à UPA, mas o mal-estar persistiu, então solicitou ao cunhado que o levasse. Na UPA, sua pressão estava alta. Como houve demora em atendê-lo e estava com muita dor, invadiu o consultório médico, sendo avaliado e transferido ao hospital de cardiologia. Pós-IAM – persistia o cansaço, dor tipo fisgadas. Iniciou as mudanças nos hábitos alimentares, procurou evitar a ingestão de alimentos gordurosos e salgados, como diminuir a bebida alcoólica, tinha a intenção de realizar acompanhamento com nutricionista. Segundo o seu depoimento, acredita que a causa do adoecimento se deve ao fato de ser nervoso e estressado, bem como pelo fato de não cuidar da alimentação.

EP_3 – Mulher, 58 anos, casada, possui dois filhos, exerce atividades do lar, quarta série primária (Fundamental I). Hipertensa há 30 anos, fuma há 10 anos e ingere bebida alcoólica socialmente, relata não realizar exercícios físicos regulares. Pai faleceu de IAM. Participante teve IAM e foi submetida à angioplastia com colocação de stent. Antes do IAM – não realizava cuidados com a alimentação, bebia e fumava. Quando jovem, não tinha o hábito de procurar a UBS. Para tratar da doença, fazia uso de chás e acupuntura, música e orações a ajudavam a relaxar. O IAM – foi um evento súbito, de mal-estar e tontura, solicitou aos familiares que a levassem à UPA, sendo transferida para o hospital de cardiologia. Pós-IAM – refere ter momentos bons e ruins, sente muito medo de que os sintomas gerados pelo IAM aconteçam novamente. Acredita que o motivo do adoecimento seja pela ansiedade, falta de cuidado com a alimentação, uso de cigarro e bebida alcoólica.

EP_4 – Homem, 55 anos, casado, possui três filhos, trabalha como pedreiro autônomo, oitava série incompleta (Fundamental II incompleto). Referiu não ter nenhum problema de saúde. Tabagista, etilista em remissão, refere ter parado de ingerir bebida alcoólica há dois meses, antes do IAM. Não realiza exercícios físicos regularmente. Irmão e irmã tiveram IAM. O participante teve IAM e foi submetido à angioplastia com colocação de stent. Antes do IAM – não tinha o hábito de procurar os serviços de saúde e não fazia uso de medicação. Há, aproximadamente, um mês iniciaram as dores no peito, mas não deu importância, sendo que há duas semanas aumentaram de intensidade, com um intervalo de uma hora entre elas, que iniciavam na garganta e desciam para o coração. Buscou, então, ajuda na UBS, consultou e foi medicado para dor no estômago. Com a piora da dor, voltou a buscar atendimento na UBS, indo duas vezes para conseguir realizar a consulta. Na segunda vez, conseguiu consultar, sendo encaminhado à UPA por meios próprios, ficou em observação e, após a medicação, obteve alta da unidade. Porém a dor persistiu e ele voltou à UPA, sendo transferido para o hospital de cardiologia. O IAM – referiu que a dor estava insuportável e não conseguia engolir a saliva, estava pálido e tinha medo de ficar internado. Preocupava-se com o trabalho e, orava muito para que Deus o curasse. Pós-IAM – agradece a Deus por estar vivo, indo à igreja todo domingo. Agora procura tomar a medicação de forma correta. Em seu

depoimento, acredita que as causas do adoecimento foram alimentação, cigarro e bebida alcoólica.

EP_5 – Homem, 54 anos, divorciado, possui um filho, vendedor autônomo, tem o ensino superior incompleto. Referiu não ter nenhum problema de saúde. Nega tabagismo e faz uso de álcool socialmente. Relata ter parado com a atividade física regular há dois anos. Teve dois tios com IAM. O participante teve infarto e foi submetido à cirurgia cardíaca. Antes do IAM – sentia cansaço e indisposição, com início em 2016. Raramente buscava atendimento na UBS. Realizou exames de sangue em 2012, que deram alterações nos triglicerídeos e no colesterol, mas não retornou para mostrar os resultados. Fazia uso de chás para diminuir o colesterol. Ele esteve 50 dias viajando a passeio, antes de ocorrer o IAM, e nesse período, segundo o participante, exagerou na comida e na bebida. O IAM – começou a sentir mal-estar e dor no peito e na arcada dentária. Foram quatro episódios seguidos, então procurou atendimento médico na UBS, onde foram solicitados exames de sangue. Sentia muita náusea e um pouco de dor no peito, e com o resultado dos exames foi direto à UPA, sendo avaliado e transferido para o hospital de cardiologia e submetido à cirurgia cardíaca. Ficou cinco dias internado na UTI e nesse período desenvolveu pneumonia. Sentia desconforto com o barulho da unidade e descaso por parte dos profissionais de saúde. Pós-IAM – referiu não se sentir bem, mesmo após 90 dias da cirurgia, e a pressão arterial após o procedimento cardíaco ficou oscilante. Acredita que a causa do adoecimento se deve ao fato de não realizar exames periódicos e a ingesta de bebida alcoólica.

EP_6 – Homem, 57 anos, casado, possui cinco filhos, trabalhava como operador de roçadeira, com CTPS assinada, semianalfabeto. Diabético. Etilismo socialmente, nega tabagismo e relata não realizar exercícios físicos regulares. Pais diabéticos. Participante teve infarto e foi submetido à cirurgia cardíaca com quatro pontes de safena. Antes do IAM – descobriu a DM com 53 anos, em 2013. Tinha problema de visão (fraqueza) SIC e quadro de infecção pulmonar acompanhado na unidade básica de saúde há um ano e meio, sentia dores nas costas e tosse com catarro. O IAM – trabalhou o dia sentindo mal-estar, tontura, fraqueza e tosse e relacionou

esses sintomas à pneumonia a qual tratava. Os sintomas pioraram com aumento das dores nas costas e no peito e, para respirar, parecia que faltava o ar, sentia ansiedade e desespero. Foi acionado o SAMU e transferido à UPA, sendo encaminhado direto para a sala de emergência, onde ficou dois dias aguardando vaga hospitalar. Foi transferido para o hospital de cardiologia, realizou cateterismo cardíaco, porém sem sucesso. Ficou um dia internado no hospital de cardiologia até ser submetido à cirurgia cardíaca. Pós-IAM – tem esperança de ficar bem e voltar a trabalhar. Realiza pequenas caminhadas para passar o tempo. A pressão arterial ficou oscilante após a cirurgia. Desenvolveu erisipela em membro inferior esquerdo e tremores involuntários em membros superiores. Foi liberado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) para retornar as atividades laborais, no entanto no terceiro dia de trabalho apresentou dor no peito, sendo encaminhado com urgência ao hospital, pois houve ruptura dos fios de sutura do esterno. Aguarda a realização de novo procedimento cirúrgico para a fixação do esterno. Sente fraqueza, medo e desespero e, para suportar, apegar-se a Deus, indo à missa nos domingos para agradecer. Em seu depoimento, acredita que a causa do adoecimento foi devido a nunca ter feito um *check-up*.

EP_7 – Mulher, 59 anos, casada, possui dois filhos, trabalhava como diarista sem CTPS assinada, analfabeta. Desenvolveu HAS com 40 anos e, em 2013, foi diagnosticada com DM. Tabagista e nega etilismo. Relata não realizar exercícios físicos regulares. Pai faleceu aos 43 anos por IAM, mãe hipertensa e diabética, irmão teve IAM com 40 anos. Participante teve IAM, realizou cateterismo cardíaco, aguarda a realização de transplante cardíaco. Antes do IAM – em 1990, começou a procurar a UBS. Antes desse período, não tinha como faltar ao trabalho para procurar atendimento médico, pois recebia o pagamento por hora trabalhada, porém tinha uma boa saúde. Morava no interior e, quando se mudou para a cidade e começou a trabalhar como doméstica, desenvolveu “crise de nervos”. O IAM – no ano de 2009, teve uma ameaça de infarto, com dor intensa no peito, e foi encaminhada à UPA. Após receber alta, foi solicitado que fizesse acompanhamento com cardiologista. No período de 2009 a 2011, passou pela avaliação do cardiologista e identificou-se que a área cardíaca apresentava 56% de dano, sendo solicitada, nesse período, investigação, a qual não havia sido realizada até o

momento. Em 2011, começou a sentir mal-estar e dificuldades para respirar, foi encaminhada à UPA e transferida para o hospital de cardiologia, e ficou três dias internada antes da realização do cateterismo cardíaco. Após o procedimento, foi levada para a UTI, e teve duas paradas cardiorrespiratórias. Em 2015, novo infarto, e em 2017 sofreu outro episódio. Referiu que sentia o braço queimar, náuseas, fraqueza e mal-estar. Procurou a UBS, que a orientou a repousar, pois os sinais vitais estavam sem alteração no momento da avaliação. Porém, como persistia o mal-estar, solicitou a familiares que a levassem à UPA. Realizou eletrocardiograma (ECG) e foi transferida para o hospital de cardiologia, onde foi submetida a um cateterismo cardíaco. Pós-IAM – sente-se inválida e refere que a sua vida está “uma porcaria” (sic), pois não consegue trabalhar. Espera que Deus a leve. Acredita que a causa do adoecimento foi o estresse gerado pelo trabalho como diarista, a ansiedade e a correria do dia a dia.

EP_8 – Homem, 54 anos, casado, possui três filhos, trabalha com escavadeira elétrica, tem registro em CTPS, quarta série do ensino fundamental (Fundamental I). Hipertenso. Nega tabagismo e etilismo. Relata não realizar exercícios físicos regulares. Os seus pais e irmão são hipertensos, e seu pai teve IAM aos 51 anos. Participante teve IAM e foi submetido à angioplastia com colocação de stent. Descobriu a HAS com 40 anos. Antes do IAM – foi orientado pelo médico quanto ao uso correto da medicação para controle da pressão arterial, porém fazia de forma irregular, pois achava que não era necessário. Não tinha o hábito de ir à UBS. Sentia dor no pescoço esporadicamente, no entanto as relacionava com as atividades realizadas no trabalho. O IAM – durante o primeiro infarto, estava na igreja quando sentiu uma dor no estômago que empurrava para cima e doía nas costas, uma dor com sudorese fria. Foi acionado o SAMU e, na avaliação, sua pressão estava normal, porém apresentava sinais de infarto. Transportaram-no para a UPA e, em sequência, ao hospital de cardiologia, sendo submetido à angioplastia, e iniciou-se o uso das medicações. Depois do primeiro IAM, não fez acompanhamento na UBS, porque a pressão arterial se mantinha normal. Sofreu, então, o segundo IAM. Nesse dia, estava trabalhando quando sentiu dor, ardência com alteração da pressão, sendo encaminhado para a UBS, que orientou que fosse procurar um cardiologista. Buscou atendimento na UPA, que, após a avaliação, solicitou que fosse transferido

para o hospital de cardiologia, onde realizou o cateterismo cardíaco. Pós-IAM – refere ter medo, qualquer dor o remete às lembranças do infarto, gerando preocupação. Após o evento, a família procurou modificar os hábitos alimentares. Acredita que a causa do adoecimento se deve à ingesta alimentar, à ansiedade e ao sedentarismo.

EP_9 – Homem, 52 anos, união estável, possui dois filhos, pedreiro, com registro em CTPS, tem a oitava série do ensino fundamental (Fundamental II). Hipertenso. Ex-tabagista (2017) e etilista em remissão (2016). Relata não realizar exercícios físicos regulares. Mãe hipertensa e irmã aos 52 anos teve IAM. Participante teve IAM e foi submetido à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio. Antes do IAM – aos 45 anos descobriu a HAS e iniciou a terapia medicamentosa, porém de forma irregular, preferia substituir a medicação pelo uso do chá de chuchu. O IAM – o primeiro infarto foi em setembro de 2017, apresentou elevação da pressão arterial e mal-estar. O início dos sintomas aconteceu de forma súbita, com aumento da intensidade da dor no peito e no braço. Acionou o SAMU e foi encaminhado à UPA e, em sequência, transferido ao hospital de cardiologia. Antes do procedimento cirúrgico, ficou três dias internado, então foi submetido à angioplastia com colocação de dois stents. Após uma semana de internamento, recebeu alta hospitalar com medicação e orientações de cuidado. O segundo infarto aconteceu em janeiro de 2018. Ao retornar à consulta com o cardiologista, foi orientado quanto à necessidade da realização da cirurgia cardíaca, à qual se recusou, então ficou agendado para 6 de fevereiro de 2018 um novo cateterismo cardíaco, porém no dia 27 do mesmo mês infartou no domicílio, sendo submetido à cirurgia cardíaca de emergência. Pós-IAM – refere estar em paz, mas sente tristeza, pois depende de outras pessoas para locomover-se, tem esperança em se aposentar. Em seu depoimento, relata que as causas do adoecimento se devem ao estresse, ao nervosismo e à alimentação.

EP_10 – Mulher, 65 anos, casada, possui dois filhos, aposentada por invalidez, tem a sexta série do ensino fundamental (Fundamental II incompleto). Hipertensa e diabética. Sem histórico familiar de doenças preexistentes. Etilismo socialmente e nega tabagismo. Relata não realizar exercícios físicos regulares. A participante teve

infarto e foi submetida à angioplastia com colocação de stent. Antes do IAM – descobriu a HAS quando tinha 40 anos e a DM dois meses antes do IAM. Fazia uso irregular da medicação, tomava medicação quando não se sentia bem. Quando jovem, não tinha o hábito de procurar a UBS e tinha o hábito de usar infusões naturais, como chá de alecrim, cidreira e espinheira santa. Comia alimentos gordurosos e salgados, principalmente sanduíche, cachorro-quente, pizza, e exagerava no sal. O IAM – o primeiro infarto foi em 2010, sendo submetida ao cateterismo cardíaco, ficou onze dias internada na UTI. O segundo infarto, em 2011, ocorreu durante a realização de um novo cateterismo cardíaco e teve uma parada cardiorrespiratória. O terceiro infarto ocorreu no domicílio, aconteceu de repente, porém não fazia uso regular das medicações prescritas pelo cardiologista, utilizava a medicação para HAS quando sentia “dor na nuca” ou se o “peito doesse”. O último infarto foi em 2018, vinte dias após ter recebido alta hospitalar, e não espera ter um novo infarto. Sentia queimação nas veias do pescoço e muita dor, que muitas vezes a incapacitava para realizar as atividades rotineiras. Foi levada pelos familiares à UPA e transferida para o hospital, onde realizou novo procedimento cardiológico. Pós-IAM – ainda sente dor e tem medo. Espera poder viver mais uns anos e está melhorando aos poucos. As veias não queimam mais e referiu que a família passou a controlar a sua alimentação. Acredita que a causa do adoecimento se deve ao estresse, ao nervosismo e à alimentação.

EP_11 – Homem, 36 anos, casado, tem um filho, trabalha como auxiliar de serviços gerais com CTPS assinada. Possui o ensino fundamental. Não refere outras doenças e problemas de saúde. Tabagista e etilista. Relata não realizar exercícios físicos regulares. Em relação ao histórico familiar, a irmã e o pai tiveram IAM, e este faleceu dessa causa. Participante teve IAM e foi submetido à angioplastia com colocação de stent. Antes do IAM – não frequentava a UBS, nem realizava exames regulares. Não cuidava da alimentação. O IAM – amanheceu com dor no braço, e para aliviar a dor automedicou-se, porém sem sucesso, a dor piorava e aumentava de intensidade. Como a dor não passava, resolveu procurar a UPA, pois ficou preocupado. Chegou à UPA por meios próprios, às 4h30 da manhã, sendo atendido às 9h30. Após a avaliação e a realização de exames, foi transferido para o hospital de cardiologia, sendo encaminhado direto para a sala de procedimento cirúrgico

para realização da angioplastia. Recebeu alta do hospital de cardiologia no período da manhã. No mesmo dia, à tarde, estava no seu domicílio quando começou a sentir novamente as dores do peito. Ficou preocupado e ligou para o SAMU, que o orientou a retornar por meios próprios ao hospital de cardiologia. Ao chegar ao hospital de cardiologia, recusaram-se a realizar o atendimento pelo SUS, e ele teve que se dirigir a UPA para posterior transferência ao hospital, onde foi realizada nova angioplastia. Pós-IAM – ainda sente desconforto na região do tórax e dor. Antes do evento cardíaco não tinha medo de nada, agora sente preocupação. Não sabia o que havia ocorrido na sala de procedimento e não tinha compreendido a gravidade da ocorrência. Procura manter-se mais calmo e está tentando parar de fumar. Segundo o seu depoimento, o adoecimento se deve à hereditariedade, à ansiedade e ao nervosismo.

EP_12 – Mulher, 59 anos, divorciada, possui dois filhos, exerce atividades do lar, ensino médio incompleto (Médio incompleto). Não refere outras doenças e problemas de saúde. Ex-tabagista, parou há 27 anos, e etilista em remissão há sete anos. Relata ter parado de realizar exercícios físicos regulares há três anos. Desconhece casos de doenças preexistentes na família. A participante teve infarto e foi submetida à angioplastia com colocação de stent. Antes do IAM – tinha períodos de desmaios, que começaram há um ano. A pressão arterial sempre foi normal. Tinha insônia, fadiga e preocupação. O IAM – os primeiros sintomas foram súbitos, com mal-estar e dor nas costas, então se automedicou, porém, sem efeito. A dor era muito forte, tipo queimação, e subia até a garganta, ao ponto de começar a vomitar. Os vizinhos levaram-na à UPA e no dia seguinte foi transferida para o hospital de cardiologia, sendo realizada a angioplastia com a colocação do stent. Pós-IAM – quando fica nervosa, percebe que o coração acelera. Parou há 20 dias de tomar as medicações prescritas pelo cardiologista. Ela apresentou, após a suspensão dos medicamentos, sintomas como taquicardia e mal-estar. Não tinha condições financeiras para a aquisição dos medicamentos prescritos e estes não faziam parte do protocolo da atenção básica. Sente preocupação em relação ao futuro. Segundo seu depoimento, as causas do seu adoecimento se devem ao estresse, ao nervosismo e à preocupação.

Nas doze entrevistas realizadas, a faixa etária dos participantes foi entre 36 e 65 anos, formada por adultos jovens, que exerciam atividade remunerada, casados ou com união estável, tendo em média menos de três filhos. Os perfis apresentados nessas narrativas vão ao encontro das alterações ocorridas no Brasil nos últimos anos, que destaca a alteração no padrão demográfico, caracterizado pela redução da taxa de natalidade e alterações na composição da sua estrutura etária (BRASIL, 2010) o que também foi observado.

Segundo Malta e colaboradores (2017), estudos demonstram que as DCNTs afetam mais a população de baixa renda, por estarem expostas ao maior risco e terem menos acesso aos serviços de saúde. Na pesquisa desenvolvida, observou-se que os entrevistados apresentavam, na sua maioria, renda maior que dois salários mínimos – nove dos doze participantes – e escolaridade do nível educacional do ensino fundamental I ao superior incompleto – relatado por dez participantes. Buscavam o atendimento de saúde utilizando o Sistema Único de Saúde, porém, em determinado momento, migravam para o serviço particular, a fim de complementar os cuidados de saúde.

Em relação aos hábitos de vida dos entrevistados, destacou-se a ingestão de bebida alcoólica em oito dos doze participantes; dois participantes fazem uso de tabaco; e apresentaram na sua totalidade a não realização de atividades físicas regulares.

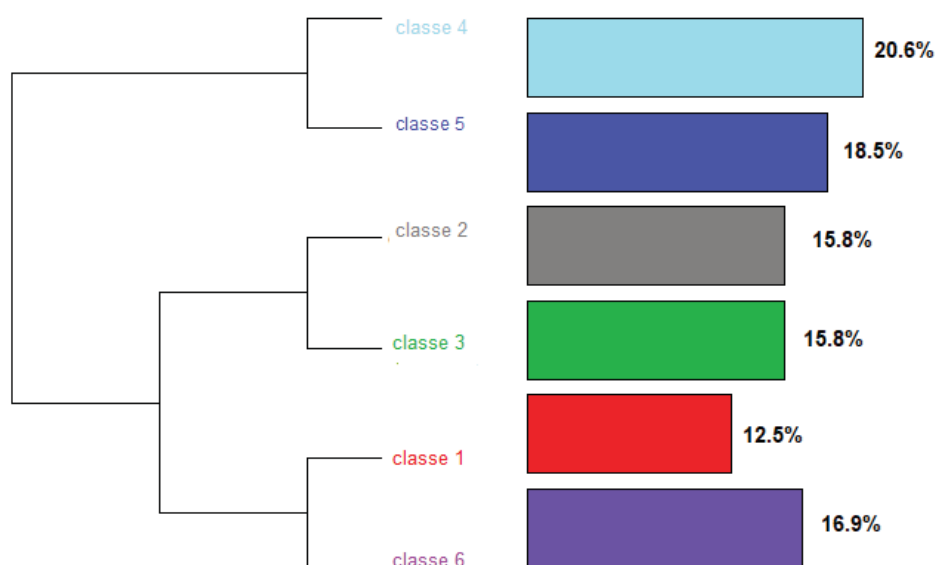
Vale salientar que o sedentarismo é um dos fatores que vem a contribuir para a elevação da pressão arterial, como também se encontra associado a outras condições que podem agravar a situação hipertensiva, entre elas: diabetes, obesidade, dislipidemia e a síndrome metabólica (AZIZ, 2014).

Com o aumento da longevidade populacional e a modernização da sociedade, houve mudanças no estilo de vida das pessoas, o que levou a hábitos e comportamentos pouco saudáveis (ZANGIROLANI et al., 2018; PALMEIRA; CHAVES, 2018) e auxiliou no desenvolvimento de doenças preexistentes, como a HAS associada ou não com a DM, que foi relatada por cinco participantes.

5.2 A VIVÊNCIA DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM ADULTOS

As transcrições das entrevistas tiveram, em média, uma duração de cinco horas, e possibilitaram um *corpus* geral, constituído por doze textos, separado em 226 segmentos de texto (ST) com aproveitamento de 184 STs (81,42%). Emergiram 7.504 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), sendo 2.344 palavras distintas e 1.661 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: classe 1 com 23 ST (12,5%); classe 2 com 29 ST (15,76%); classe 3 com 29 ST (17,76%); classe 4 com 34 ST (20,6%); classe 5 com 34 ST (18,48%); e classe 6 com 31 ST (16,85%). A relação dessas classes é ilustrada em um dendograma da CHD conforme apresentado na FIGURA 6.

FIGURA 6 - ANÁLISE HIERÁRQUICA DESCENDENTE – DENDOGRAMA



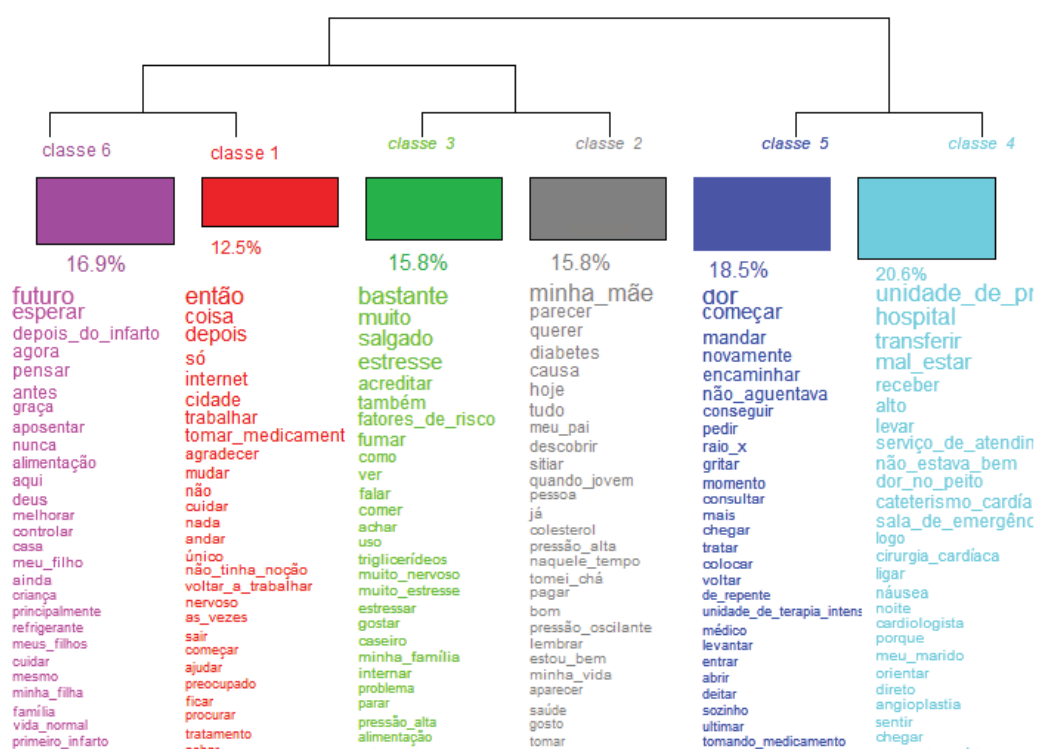
FONTE: *Software Iramuteq*® (2017).

A análise do *corpus* gerou seis classes divididas em dois *subcorpus*. O primeiro *subcorpus* contém as classes 4 e 5, que correspondem a 38 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), e concentram 20,6% das UCEs do *corpus* total e 34 das UCEs, equivalem a 18,5%, respectivamente. O outro *subcorpus* obteve mais duas repartições, sendo uma composta pelas classes 2 e 3, ambos com 29 UCEs,

equivalente a 15,8%. Da segunda repartição tiveram origem as classes 1 e 6, com 23 UCEs, correspondendo a 12,5% e 31 UCEs 16,9%, respectivamente.

A partir do processamento do *corpus*, o programa forneceu os resultados de cada classe, os segmentos do texto foram classificados de acordo com o vocabulário e o conjunto de termos gerados com base no Teste Qui-quadrado, que permitiu obter seis classes formadas por palavras que estão significativamente associadas, conforme apresentado na FIGURA 7.

FIGURA 7 - ANÁLISE HIERÁRQUICA DESCENDENTE – FILOGRAMA



FONTE: software Iramuteq® (2017).

A seguir, apresenta-se o Quadro 1, que traz as classes geradas a partir do *software* com o seu respectivo nome. Cabe ressaltar que se optou por enumerar e renomear as classes de modo que elas fossem apresentadas em ordem cronológica de acontecimentos.

QUADRO 1 - DENOMINAÇÃO DAS CLASSES. CURITIBA

CLASSES	CATEGORIAS
Classe1	(Des)cuidado e (Des)conhecimento
Classe 2	Estilo de vida e o adoecimento
Classe 3	Heranças e crenças no adoecimento

Classe 4	Idas e vindas, na busca para o cuidado à saúde
Classe 5	Antecedentes e consequentes
Classe 6	(In) certeza para o futuro

FONTE: Autora (2018).

5.2.1 Classe 1- (Des)cuidado e (Des)conhecimento

Nessa classe, os participantes referiram questões acerca do processo de adoecimento, o desinteresse, o descuido e a perspectiva do adoecer sempre do outro.

No relato analisado de EP_7, percebe-se a negação da gravidade em relação aos sinais e sintomas apresentados, gerando demora na busca pelo serviço de saúde, pois não percebeu que estava tendo uma “ameaça de infarto”. Observa-se no relato de EP_8 o desconhecimento em relação ao processo de adoecimento. As narrativas demonstram a falta de conhecimento sobre os fatores de riscos, bem como os sinais e sintomas do evento cardiológico.

A primeira ameaça de infarto, estava trabalhando, foi em 2009, nem percebi que era uma ameaça de infarto, passei mal, dor no peito, e a dor não passava. Às dez horas falei para meu marido, que trabalhava de guarda, que ligou para o meu irmão e me levaram na Unidade de Pronto Atendimento. (EP_7)

Morávamos no sítio, então comíamos carne de porco, galinha caipira, ovos essas coisas. Pura gordura, quanto mais gorda, melhor era. Naquele tempo, não tínhamos conhecimento sobre os riscos da alimentação, mas tinha uma vantagem: o trabalho era manual, queimava muitas calorias. Depois que casei comecei a trabalhar na cidade, com máquina, sempre sentado. (EP_8)

A informação, por si só, não modifica a maneira de se cuidar em saúde, observa-se que os participantes assumem riscos, mais ou menos conscientes, resultando na dificuldade de adesão a modos de vida saudáveis, e também podem interferir na busca pelo cuidado à saúde (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

No relato de EP_9, o desenvolvimento da doença, na sua perspectiva, ocorreu, pois, quando jovem, não tinha um estilo de vida saudável e não procurava o serviço de saúde. Para ele, a somatória dos seus hábitos de vida e o trabalho foram os desencadeadores da sua doença.

[...] a minha vida era trabalhar e festar. Bebia e curtia a vida. Em casa, gosto de tomar chá da horta. Agora tenho que me cuidar, eu não gosto de ir ao médico, [...] não fui mais depois do primeiro infarto, não voltei no médico. (EP_9)

Considerando que os contextos de vida dos sujeitos representam o espaço onde as representações nascem e são transformadas, a compreensão das representações em torno de saúde e doença, DCNTs, e riscos de adoecimento e morte podem esclarecer as dificuldades e possibilidades de adesão a modos de vida saudáveis (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

Mesmo após o diagnóstico de uma doença crônica, questões do descuido são lembradas nos relatos de EP_7 e EP_10, pois demonstram problemas de informação em relação ao processo de adoecimento. Na compreensão de EP_7, a sua doença estava diretamente relacionada ao estresse gerado pela sobrecarga de trabalho em seu ambiente profissional e familiar. E no relato de EP_10, a resistência em procurar o serviço de saúde quando jovem interferiu na prevenção de doenças e na promoção da saúde, pois a busca pelo cuidado à saúde ocorreu no momento em que não conseguiu mais realizar as suas atividades rotineiras.

Acompanhava as reuniões, pegava medicamento a cada três meses, era mais fácil ficar sem comer do que sem tomar o medicamento. Até em 2011, trabalhava e levava os remédios. Quando trabalhava de doméstica, me estressava muito, era casa, criança e ainda tinha a minha casa e os meus filhos para cuidar. (EP_7)

Diabetes faz uns dois meses para cá que apareceu. Antes do infarto, a diabetes, a pressão alta já faz tempo, acho que tinha uns 40 e poucos anos quando começou. Comecei a sentir tontura. Fui ao médico que descobriu a pressão alta. Comecei a tratar e a tomar medicamento. Quando jovem, não ia ao médico, e quando minha mãe queria me levar, tinha medo [...]. (EP_10)

Nesse contexto, a doença pode ser interpretada de diferentes formas, pois a concepção de entendimento de “ser” ou “estar” doente recebe influências biopsicoculturais, desencadeadas por meio das forças macrossociais (econômicas, políticas e institucionais), que, quando desorganizadas, também podem causar enfermidades (KLEINMAN, 1980; 1988) e interferir na busca pelo cuidado a saúde.

Além disso, os graus de incapacidade e alteração do estilo de vida podem estar relacionados mais às percepções e crenças das pessoas sobre a doença do que necessariamente o processo de adoecimento em si (COSTA et al., 2017).

Nesse relato, percebe-se que EP_11 via o evento do infarto como algo distante da sua realidade, pois era uma pessoa saudável e não tinha nenhum problema de saúde, isso não dizia respeito a ele.

Antes do infarto, nunca tinha ficado internado, às vezes via na TV pessoas que infartaram, mas você não tinha noção de que pode acontecer contigo, então não dava importância, mudava o canal. [...] Antes do infarto, nunca tive nenhum problema de saúde ou qualquer coisa que chamasse a atenção. (EP_11)

As experiências de cuidado são influenciadas pelos valores culturais, pela visão de mundo, fatores da estrutura social, ambiental e sistemas de cuidados (GARCIA et al., 2016). Nesse aspecto, quando ocorre o diagnóstico da doença, os sentidos subjetivos das pessoas se organizam de tal forma que não são compreendidos apenas pelo adoecimento em si, mas também por toda sua experiência de viver (MORI; REY, 2012).

5.2.2 Classe 2- Estilo de vida e o adoecimento

Nessa classe, os participantes reconheceram o estilo de vida e as características que os levaram ao IAM, conforme descritas a seguir.

Nas narrativas de EP_7 e EP_12, estabelece-se uma relação entre o desenvolvimento da doença e os hábitos de vida, principalmente a ansiedade e o estresse como determinantes do adoecimento. No relato de EP_7, o comportamento apreendido na infância gerou sentimentos de ansiedade, em sua vida adulta, o que para ela foi um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. E em relação à EP_12, os hábitos de vida, o sedentarismo e a família foram pontos geradores de estresse que culminaram com o IAM.

Tem momentos que estou boa, conversando, e de repente dá uma aflição, parece que a visão some. A diabete apareceu há quatro anos, depois do infarto. Minha família tem diabete e meu irmão infartou com 40 anos. Fui criada no sítio, na correria, tudo tinha que ser na hora, muita ansiedade ter que fazer tudo na hora. (EP_7)

Bebia, fazia festa e viajava. [...] Depois comecei a cuidar de neto e parei academia. Comecei a cuidar de neto, só estresse e até que infartei. (EP_12)

As DCNTs estão relacionadas aos fatores de risco, ao estilo de vida, levando em consideração os hábitos alimentares e o uso do tabaco e do álcool e o sedentarismo, porém não se pode dissociar dos fatores psicossociais, advindos da modernização social causados pelo estresse e da sua relação com a ansiedade e a depressão, que contribuem para desenvolver hábitos nocivos e afetam diretamente a saúde das pessoas, conforme o relato dos participantes (GOMES et al., 2016; QUINTANA, 2011).

A hereditariedade como fator de adoecimento é evidenciada no relato de EP_9, que, apesar de saber da gravidade da doença, preferia fazer uso de chás em vez da terapêutica medicamentosa. Conforme a fala a seguir:

Descobri a pressão alta quando tinha 45 anos e tive que tomar medicamento. Sentia muita dor de cabeça, a pressão estava alta. Minha mãe tem, então comecei a acompanhar com o médico, que orientou a tomar o medicamento certo. Não podia atrasar, porque era grave, mas muitas vezes deixava de tomar, tomava chá de chuchu e a pressão baixava. (EP_9)

A utilização das plantas medicinais como forma terapêutica acompanha as pessoas através dos séculos, fazendo parte da sua cultura, sendo geralmente indicadas por amigos e familiares e não profissionais da saúde; e, mesmo com a utilização de medicamentos industrializados, uma parcela considerável da população usa das plantas medicinais com a intenção de melhorar ou até mesmo curar algumas enfermidades (BADKE et al., 2011; MANTOVANI et al., 2016).

As narrativas de EP_7 e EP_12 relacionam o adoecimento com um castigo de Deus e justificam a complicação de seu adoecimento para além do âmbito do corpo físico, como sendo algo espiritual. EP_7, por ser uma pessoa ansiosa e estressada e, merecedora de punição, ao mesmo tempo arrepende-se pelo sentimento negativo e agradece. EP_12 acredita que as doenças vêm em forma de castigo devido à relação conflituosa com a sua filha, e merece ser punida.

[...] pergunto para Deus, o que fiz para merecer passar por tudo isso. A única coisa que reclamo, mas na mesma hora que reclamo eu agradeço a Deus. Comecei a ter crise de nervos e a pressão alta. Enrolava os dedos, foi onde comecei a fazer tratamento para crise dos nervos e da pressão alta. Tomei por 5 anos diazepam, por causa do estresse. Sou muito ansiosa. Faço e tomo chá, principalmente à noite. Tenho chás de erva-doce, manjerona, sempre tenho minhas coisas. (EP_7)

Pensei que era castigo em consequência da minha filha, porque faz 20 anos que a aguento, praticamente drogada, alcoolizada e brava. Vem aqui e quebra tudo, a porta, o portão. Meu filho não quer que fale com ela, mas sou mãe. (EP_12)

Algumas pessoas acreditam que Deus pode curá-los, outros que seu problema é um castigo de Deus por erros cometidos, outros que energias vitais impalpáveis podem melhorar sintomas, entre outros fenômenos que envolvem crenças e costumes. É indiscutível que essas ideias influenciam diretamente a mente humana, as expectativas de cura, o agravamento dos sintomas, a frequência de ansiedade e depressão, interferindo no processo doloroso, seja agudo ou crônico (SÁ, 2017).

Na narrativa de EP_10, observa-se que a espiritualidade poderia impedi-la de adoecer e a auxilia a manter a calma frente a um evento inesperado como o IAM. O contato com Deus, por meio, de conversas e orações, serve de suporte, para que ela consiga lidar com o adoecimento.

Quando estava com dor, a minha mãe me dava chá para tratar a dor. Comecei a trabalhar com 10 anos de doméstica até casar. Conversar com Deus e orar me acalma, não esperava infartar [...]. (EP_10)

A fé em Deus ou a fé religiosa permite às pessoas manter um sentimento de felicidade e coragem, revitalizando sua disposição para o enfrentamento da doença. Para Fornazari e Ferreira (2010), a religiosidade encontra-se aliada às pessoas doentes e pode ter influências positivas ou negativas; atitude positiva quando resulta em melhora na redução do estresse e na sua saúde mental, e negativa quando está relacionada à qualidade de vida, à depressão e à não adesão ao tratamento. Pode-se dizer que a imagem construída pelas pessoas sobre a morte está relacionada com os valores que foram elencados ao longo da história, podendo ser uma benção ou punição.

Para EP_3, as alterações climáticas interferem em relação ao seu bem-estar, agudizando seu problema de saúde e impedindo-a de realizar as suas atividades diárias.

Eu não sabia o que era. Hoje eu sei que é a pressão alta. Hoje está fresquinho, estou bem, parece que nem sou eu. O tempo ajuda, quando está calor demais e a pressão está alta é de matar, mas hoje está uma maravilha. (EP_3)

O evento estressor, segundo Gomes e colaboradores (2016), pode ser considerado qualquer circunstância que venha a ameaçar ou ser percebida como ameaça ao bem-estar da pessoa, seja na parte física, na sua autoestima, na reputação e demais comportamentos ou ações que a pessoa valorize, e que possa gerar desconforto.

A ansiedade excessiva e os conflitos emocionais crônicos aumentam a incidência de enfermidades cardiovasculares. A somatória do estresse, associado à falta de apoio social, ao trabalho e à vida familiar, em conjunto com sentimentos de depressão, ansiedade, hostilidade e a personalidade tipo D (personalidade que se caracteriza por angústia, pensamentos e emoções negativas e inibição social) possuem maior propensão ao desenvolvimento das DCV, principalmente relacionadas ao IAM (SIMÃO et al., 2013; QUINTANA, 2011).

5.2.3 Classe 3- Heranças e crenças no adoecimento

Nessa classe, os participantes indicam a hereditariedade e os hábitos familiares como fatores que contribuíram para o seu adoecimento.

Na narrativa de EP_8, percebe-se que a busca pelo sistema de saúde para a prevenção de doenças e promoção da saúde ainda não se encontra inserida nas pessoas como forma de cuidado. Observa-se no relato de EP_9, em relação aos hábitos alimentares, que ele se inicia na infância e se mantém na vida adulta como possibilidade de reproduzir a sua história familiar, seus valores e crenças.

[...] como falei com os meus amigos, que trabalham na firma, o problema do ser humano é que não fazemos preventivo, fazer um eletrocardiograma ou um *check-up*, porque o coração nós não vemos. (EP_8)

Comia ligeiro quando estava com pressa, acho que isso pode ter sido um dos fatores de risco. Comia mal, mais coisas gordas e salgadas. Não acredito que fumar possa ter interferido, talvez no primeiro infarto, mas depois não estava fumando mais. (EP_9)

Segundo Coelho e colaboradores (2016), crenças, podem ser definidas como os fundamentos e as interpretações que as pessoas têm e seus referenciais de vida, para entender e compreender o mundo, nas quais as pessoas se baseiam para interpretar e direcionar ou priorizar suas escolhas.

Observa-se nas narrativas de EP_7 e EP_10 que a compreensão do adoecimento está relacionada com as crenças de que ele ocorre devido à herança familiar alimentar (hábitos alimentares adquiridos na infância) e aos problemas com o ambiente, as pessoas e a sociedade.

Acredito que a causa do meu adoecimento foi o estresse. Estressava-me muito, porque quando trabalhava como doméstica você se estressa bastante, é muito serviço e tem que dar conta. Ficava o dia inteiro sem comer, então começou a vir as dores nas costas. (EP_7)

Acredito que um dos fatores de risco para ter adoecido é a [...] alimentação e o estresse, sou bastante estressado, passei muito nervoso na vida, porque tive problemas sérios com o meu filho e sofri muito. (EP_10)

Os participantes ancoram essas crenças nas informações recebidas pelas mídias em conjunto com a sociedade científica. Essas narrativas vêm ao encontro da Sociedade Brasileira de Cardiologia, confirmando que valores e crenças familiares relacionadas a costumes pouco saudáveis, associados à predisposição genética, influenciam no desenvolvimento da doença (MALAQUIAS et al., 2016).

Em estudo brasileiro sobre HAS observou-se a importância do papel da família na influência dos principais fatores de risco. Os problemas emocionais, gerados no núcleo familiar, podem interferir no descontrole das doenças, ocasionando, o seu agravamento (TRAD et al., 2010).

No relato de EP_12, as dificuldades relacionadas à criação dos filhos foram pontos estressores para o desenvolvimento do infarto, gerado pelo nervosismo e pelos problemas familiares.

Não procurei médico. Depois que infartei, emagreci sem fazer nada, sem dieta. Acho que a causa foi estresse, porque ficava muito estressada, muito nervosa, com muitos problemas. Pavia curto, “xingava” muito, falava muito e chorava e tremia muito. (EP_12)

Percebe-se que concepção de saúde é construída por meio da experiência de cada indivíduo, tendo estreita ligação com suas crenças, ideias, valores, aspectos emocionais e as formas na qual buscam compreender sua doença, e pode interferir na procura pelo tratamento nos serviços de saúde (COELHO et al., 2016; GAMA et al., 2012).

Em seu relato, EP_8 acredita que o fato de ter morado na área rural contribuiu para adquirir hábitos alimentares não saudáveis, como o uso excessivo de sal e gordura. Faz uma analogia, pois, apesar de os alimentos serem orgânicos, o preparo não era adequado, e isso interferiu no seu processo de adoecer, como na sua rotina alimentar em sua vida adulta.

No sítio era no sol e suava muito, a comida era caseira, o que plantávamos comíamos, como batata, abóbora, mandioca, feijão, colhia arroz, tudo era caseiro, mas a minha família era doente, lembro que comíamos muita comida salgada e gordurosa. (EP_8)

Os hábitos de vida, em especial os alimentares, são aprendidos dentro do núcleo familiar, construído ao longo da vida, e podem permanecer por décadas em uma família, constituindo, a herança familiar alimentar e juntamente com ela o desenvolvimento das mesmas doenças dos seus familiares (BANKOFF et al., 2017).

É possível identificar na narrativa de EP_10 a resistência à adesão ao tratamento da doença, não fazia uso correto da medicação para HAS, porém quando questionada em relação ao desenvolvimento do IAM, atribuiu aos hábitos alimentares inadequados. Apesar de saber quais cuidados deveria ter em relação à sua saúde, tinha dificuldades em executá-los.

Às vezes, ficava quatro dias sem tomar nenhum medicamento e quando ia medir, a pressão estava alta. Acredito que tenha a ver com a alimentação salgada, e comia muito *fast-food*, exagerava no sal dos alimentos, gostava de linguiça no churrasco e comia uma grande quantidade de comida. (EP_10)

Em estudo realizado por Mendoza-Catalán, Gallegos-Cabriales e Figueroa-Perea (2017), com pessoas diabéticas, observou-se que a preferência alimentar vem de hábitos e da cultura familiar, sendo o mais difícil de ser modificado. Consiste nas formas de alimentação que são mantidas mesmo após o diagnóstico da doença e das restrições impostas à sua dieta, o que também se observa nos relatos dos outros participantes.

Apesar de na vida adulta EP_3 não realizar cuidados com a saúde, a utilização das plantas medicinais, como chá, sempre fora rotineira, conhecimento adquirido ao longo da sua história de vida e repassado a seus familiares.

Na vida adulta, não cuidava da saúde, tinha uma saúde e tanto e não procurava médico. Em casa, uso bastante chá, tem maçanilha, louro, endro, o que imaginar, todos os tipos de chás guardados nos potinhos, como noz-moscada. (EP_3)

O processo de saúde e doença, frequentemente, requer tratamento medicamentoso, mudanças profundas nos hábitos de vida e adesão rigorosa ao plano terapêutico, o que leva, muitas vezes, ao abandono do tratamento tradicional e à substituição da terapia medicamentosa pela utilização de plantas medicinais no tratamento da doença, tendo influência das relações familiares (OLIVEIRA et al., 2014; BADKE et al., 2011).

Em estudo realizado na Austrália, os medicamentos fitoterápicos foram um complemento popular e da medicina alternativa, principalmente para o controle da ansiedade, como uma forma para lidar com os efeitos colaterais das farmacoterapias convencionais. As pessoas buscaram as orientações por meio dos não profissionais, ou seja, utilizavam a internet, os familiares e amigos na tomada de decisões sobre qual fitoterápico utilizar (MCLNTYRE et al., 2016), o que também se observa nos depoimentos coletados, a busca pelos não profissionais e a utilização de ervas medicinais na terapêutica.

Observa-se na narrativa de EP_3, a utilização da acupuntura como forma de relaxamento e redução dos desconfortos físicos.

[...] canela as pessoas falam que folha de chuchu, salsinha, raiz da salsinha para chá é bom tudo isso já tomei chá um monte. Fiz acupuntura que me ajudou a relaxar, faço porque é bom. Ouvir música é muito bom. (EP_3)

As práticas integrativas e complementares, segundo as autoras, auxiliaram os participantes de sua pesquisa a lidarem com as dificuldades encontradas no decorrer da trajetória, pois forneceram a eles sentimentos de bem-estar, que contribuíram para a melhoria física e mental (BRUSTOLIN; FERRETTI, 2017).

5.2.4 Classe 4- Idas e vindas na busca para o cuidado à saúde

Nesta classe, os participantes remetem-se ao sistema de saúde, à procura, à recusa e ao tipo do atendimento recebido.

Observa-se, nas narrativas de EP_7 e EP_11, a dificuldade de relacionar os sinais e sintomas apresentados como algo grave. E, a demora de EP_7, em procurar pelo atendimento formal de saúde, quando o buscou, não encontrou acolhimento e resolutividade às suas necessidades. Já EP_11, foi encaminhado a atendimento hospitalar, porém, desconhecia a gravidade da sua doença e os procedimentos a que foi submetido.

Nos outros infartos, sentia dor no peito e nas costas, o braço queimava, sentia queimar tudo, perdi o movimento do braço e as forças das pernas. No último infarto, fazia dois dias que queria só dormir, não queria comer a comida, dava náusea. Procurei o posto de saúde para medir a pressão, porque sentia mal-estar. [...] se fosse pelo posto de saúde tinha morrido, porque fazia dois dias que não estava bem [...]. (EP_7)

Na verdade, não me preocupei porque não tinha noção do que estava acontecendo, nem sabia o que tinha feito no hospital. Não tinha noção do que era. O médico disse que tinha 40 por cento do coração comprometido e que era uma pessoa nova, para me cuidar. (EP_11)

Estudos indicam que, no Brasil, os pacientes com sintomas de IAM não procuram imediatamente os serviços de saúde por não reconhecerem inicialmente seus sinais e sintomas, pois sofrem influências das suas experiências de vida, suas representações sociais, pensamentos e ações diante dos sintomas vivenciados, o que vem a interferir na procura pelo atendimento profissional (BASTOS et al., 2012; DAMASCENO et al., 2012).

A falta de reconhecimento dos sinais e sintomas, relatada por EP_1, EP_5 e EP_9, caracteriza a dificuldade de compreender a gravidade do evento e buscar o atendimento precoce, por meio da negação da doença e pela automedicação.

Ainda estava com dor no estômago, tomei medicamento para cólica e fui deitar para relaxar e ver se a dor passava, mas se ao acordar ainda tivesse dor iríamos à Unidade de Pronto Atendimento. Levantei desesperado, gritando. Fui ao banheiro e, quando voltei, aquela dor atacou novamente. (EP_1)

Se tivesse a ideia do que iria acontecer, teria ido antes consultar, porque é muito ruim desse jeito. Faz 90 dias que fiz a cirurgia cardíaca e ainda não sei se os medicamentos estão adequados ou o que está acontecendo [...]. (EP_5)

Estava na firma, não estava bem, então fui à UPA, fui muito bem atendido. Cheguei sozinho, fiz a ficha de consulta e me levaram para a sala de emergência, logo em seguida para o hospital. [...] e fizeram angioplastia,

colocaram dois stents no coração. [...] O segundo infarto foi em casa, o cardiologista tinha avisado para tomar cuidado, porque era grave. Não dei importância. Ele me alertou bem, nem contei para minha esposa. [...] amanheci com dor no peito, [...] sentia calor, Deus me livre, estava suando frio e meus dedos tremiam. Ligamos para o SAMU e me levaram para o hospital, onde fui direto para o cateterismo cardíaco. [...] e [...] para a cirurgia cardíaca, porque as veias estavam entupidadas. (EP_9)

O desconhecimento ou a negação dos sinais e sintomas são alguns fatores que contribuem para a demora na busca pelo atendimento nos serviços de saúde, como: não relacionar a dor torácica com um problema cardíaco; associar a dor a outras condições crônicas preexistentes; desconhecer os benefícios do atendimento rápido, e a realização da automedicação (SANTOS, et al., 2017; BASTOS et al., 2012), além do medo de perder sua independência, atrelado ao fato de não querer preocupar seus familiares e priorizar as obrigações profissionais e pessoais frente ao quadro clínico (BRUSTOLIN; FERRETI, 2017).

Observa-se nas narrativas de EP_5 e EP_6 a negação da gravidade associada à falta de conhecimento em relação à doença, pois, EP_5 só procurou atendimento na UBS após ter ocorrido quatro episódios sequenciais de dor e mal-estar.

Mesmo com o quadro clínico compatível à IAM, a UBS teve dificuldade na sua identificação, solicitando exames laboratoriais, porém sem investigação cardiológica. Já EP_6 exerceu suas atividades laborais normalmente, apesar da dor e do mal-estar, buscando o atendimento formal de saúde no momento em que não conseguiu mais lidar com a situação, ou seja, com a piora do quadro clínico. Os relatos demonstram a demora dos participantes na busca pelo atendimento no serviços de saúde.

Comecei a sentir mal-estar, dor no estômago, azia, dor no peito e na arcada dentária. Um total de quatro vezes. E na quarta vez, procurei meu irmão, que me levou ao posto de saúde para consultar, o médico não achou nada e solicitou exames de sangue. (EP_5)

Trabalhei o dia inteiro, cheguei em casa e passei mal à noite. O SAMU me levou para a UPA, sentia falta de ar e ansiedade, não conseguia respirar e aquela tosse e aquele desespero. (EP_6)

Por outro lado, quando a rede de apoio não valoriza as informações repassadas ou minimiza a importância da sintomatologia da pessoa acometida pelo

IAM, pode contribuir para o agravamento do quadro clínico e gerar complicações na terapêutica, devido ao atraso na identificação dos sintomas e encaminhamento para as instituições de saúde (MUSSI; MENDES; DAMASCENO, 2014).

A falta de orientação e de acolhimento nos serviços de saúde é evidenciada nas narrativas de EP_2, EP_8 e EP_11. Nos casos de EP_2 e EP_8, houve a necessidade do acionamento do SAMU, devido ao quadro clínico, porém este não prestou o atendimento. Em relação a EP_2, o quadro clínico, segundo o SAMU, não era indicativo para encaminhamento à UPA e no EP_8 não havia viatura disponível. Assim, ambos foram transportados por familiares ou amigos ao serviço de saúde. Ao chegar à UPA, devido à demora no atendimento e à intensa dor, invadiu o consultório médico. No caso de EP_11, o “SAMU” (sic) o orientou a voltar por meios próprios ao hospital de cardiologia, pois havia acabado de receber alta, porém o hospital se recusou atendê-lo.

Descendo a rua de carro, senti aquela dor forte novamente. Pedi a minha esposa o medicamento para a pressão e tomei dois comprimidos. A dor começou a piorar, ao chegar à firma estava ficando roxo e a mudar de cor. Tinha muita dor, ajoelhei de tanta dor. [...] o SAMU não quis me levar para a UPA, porque a pressão estava normal. Mas não aguentava de dor, pedi ao meu cunhado que me levasse. Quando cheguei na UPA, a pressão estava alta e sentia muito mal-estar. Pediram para esperar, demorou uns 20 minutos e, como não aguentava mais de dor, invadi o consultório. Fui examinado, me colocaram na maca e medicaram rapidamente. (EP_2)

Estava trabalhando e estava bem, quando começou a doer de novo e arder as costas. Nada aliviava. Fui ao escritório e ligaram para o SAMU, mas não veio. Então me levaram para o posto de saúde, a pressão estava alta, pediram que procurasse um cardiologista. (EP_8)

Fui direto para a angioplastia, fiquei três dias internado e recebi alta. Cheguei do hospital pela manhã e à noite senti dor, os mesmos sintomas. Fiquei preocupado e liguei para o SAMU, que me orientaram a retornar ao hospital. Ao chegar no hospital, não quiseram atender, somente particular e mandaram voltar para a UPA. Voltei e esperei um tempo, em seguida me levaram de volta para o hospital. Isso é o tal do SUS, de dar um cansaço. Nessas horas pensei que se tivesse um plano de saúde ou dinheiro para pagar a consulta. (EP_11)

Na busca pelo atendimento nos serviços de saúde, os participantes encontraram barreiras como: superlotação, sucateamento da estrutura física, atendimento precário e ineficaz, dificuldade no reconhecimento precoce do IAM

pelos profissionais, dificuldades de acolhimento e negação de atendimento (GYBERG et al., 2016; AMMOURI et al., 2017; RUSTON; CLATTON, 2007).

Segundo Rodrigues e Maksud (2017), a existência de protocolos e normas extremamente rígidas, dificultando o acesso ao medicamento e ao serviço de saúde, interfere no acolhimento por parte do setor formal de saúde e na procura das pessoas pelo seu atendimento.

Em situação de emergência, os participantes acionam ambulâncias, mas dependem de alguns fatores antes de serem socorridos como: disponibilidade, distância percorrida e local de residência com outras pessoas que possam acionar o serviço (BASTOS et al., 2012).

Conforme a Portaria nº 10 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), as UPAs devem acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento (BRASIL, 2017b) de forma rápida e ágil, porém se observa a sobrecarga de atendimento gerada pela demanda espontânea, que deveria ser atendida nas unidades de saúde, a falta de profissionais, o processo de trabalho desarticulado, o sucateamento da estrutura física que causa deficiência no atendimento, conforme identificado nos relatos (MENDES et al., 2014).

As pessoas com infarto, até serem atendidas, muitas vezes, passam por inúmeros serviços de saúde, resultando na demora em conseguir um atendimento efetivo, o que pode ocasionar maior risco de morbidade e mortalidade, assim como a demora ocasiona um custo elevado no tratamento (MENDES et al., 2014).

Na narrativa de EP_12, observa-se a importância do apoio familiar e da comunidade – pois EP_12 pediu a sua neta que buscasse ajuda com os vizinhos para levá-la à unidade pré-hospitalar – e a rapidez no atendimento no setor especializado.

Muito forte foi subindo até a garganta. Uns minutos depois, já cheguei em casa e vomitei muito. Minha neta chamou ajuda, sentei no chão da cozinha, daí veio ajuda e me levaram para a UPA, me atenderam na hora, fiquei na sala de emergência, tomei medicamento. Fiz eletrocardiograma e exames, passei a noite em observação. No outro dia fui transferida para hospital, onde fiz a angioplastia. Dor não tinha mais, mas estava pulsando, parece que o coração estava muito grande dentro do peito, muita dor e queimava o peito. (EP_12)

Os familiares e amigos podem representar um papel fundamental na otimização da chegada dos participantes ao atendimento nos serviços de saúde, por

meio do reconhecimento precoce da gravidade da situação, quando solicitados para ajudar em relação ao transporte (AMMOURI et al., 2017; DAMASCENO et al., 2012; NABÃO; MARUYAMA, 2009; FRANCO et al., 2008).

Quanto maior o tempo desde o início dos sintomas até a instituição do tratamento, maior a ocorrência de complicações, e o transporte dessa pessoa para a emergência deve ser o mais rápido possível (OUCHI et al., 2017).

Um dos fatores que contribuem para a diminuição da alta mortalidade por IAM é o rápido atendimento desses participantes após o início dos primeiros sintomas, portanto, é necessária a preparação dos serviços de emergência e dos profissionais envolvidos para que o atendimento seja direcionado e o diagnóstico preciso (BASTOS et al., 2012).

Quando os familiares de EP_1 o procuraram na unidade de saúde, observaram problemas como a falta de informação, o que gerou sentimentos de medo e desespero por não saberem o que aconteceu ao seu ente querido.

Piorei à noite e fui transferido para o hospital, não foi avisada minha esposa sobre a transferência. Quando ela chegou na UPA, não me viu na sala de emergência e ninguém sabia informar o que tinha acontecido, até que o serviço social informou que havia piorado a noite e foi transferido como vaga zero. (EP_1)

O caminho percorrido na busca do atendimento do doente pode colocar em evidência a rede de cuidados, os problemas de acesso e da integralidade da assistência, e o conhecimento dessas experiências pode ser particularmente importante para a construção do cuidado (FERREIRA, E. 2015b).

Conhecer o tempo de chegada dos pacientes com sintomas de IAM ao serviço especializado e conseguir identificar as dificuldades enfrentadas pode ajudar os profissionais de enfermagem a auxiliar na orientação aos pacientes, aos seus familiares e à comunidade quanto à melhor forma de buscar o atendimento profissional que venha a garantir uma assistência ágil e efetiva (BASTOS et al., 2012).

5.2.5 Classe 5- Antecedentes e consequentes

Nesta categoria, os participantes misturam sinais, sintomas e situações que foram consequências do infarto ou antecederam o episódio.

O participante EP_4, antes de ter um IAM, buscou atendimento no sistema de saúde e, após avaliação médica, estava em tratamento para dor no estômago. Com a persistência do mal-estar, foi à UPA e ficou em observação, recebeu alta com medicação, porém persistiram os sintomas, mas acreditava que a medicação não tinha ainda tido efeito e resolveu esperar antes de retornar ao serviço de saúde. Ressalta o fato de que os sinais e sintomas relatados pelo participante podem ser considerados um quadro característico de IAM.

Antes do infarto, fui consultar e o médico receitou medicamento para dor no estômago. A dor começava na garganta e descia para o coração e mandou fazer exames para ver o que era. Antes já tinha ido à UPA, fiquei uma noite internado tomando remédio e fui liberado de alta. Quando cheguei em casa, a dor começou novamente, pensei que os medicamentos ainda não estavam fazendo efeito e resolvi esperar. (EP_4)

Os sinais e sintomas do IAM podem ser imprecisos ou atípicos e ocasionar atraso na busca pelo atendimento profissional. Em estudos realizados em Istambul (Turquia), as principais queixas relatadas em relação ao IAM foram dor torácica, sudorese fria, fraqueza, dificuldade para respirar, sensação de pânico, estresse, náusea e vômito, taquicardia e dor no estômago associado com indigestão (KOC; DURNA; AKIN, 2017). Nos depoimentos identificam-se as mesmas características sintomatológicas.

Estudo realizado por Passinho e colaboradores (2018, p. 253) sobre sinais, sintomas e complicações do IAM identificou que os sintomas mais frequentes consistiam na “dor torácica, dor precordial (precordialgia), descrita como aperto, opressiva, com irradiação para os membros superiores, mandíbula, dorso ou epigástrico, sendo ou não acompanhada por dispneia, sudorese fria, náusea e vômito”.

A identificação do IAM, algumas vezes, pode ser confundida com outras doenças e levar a situações de erro na avaliação médica, o que afeta o reconhecimento precoce do evento cardíaco e provoca o atraso no atendimento e,

consequentemente, agrava a situação clínica (OUCHI et al. 2017; NILSSON et al., 2016).

Percebe-se no depoimento de EP_7 que havia suspenso a medicação prescrita pelo cardiologista e, após sentir desconforto físico e mal-estar, resolveu reiniciar o uso da terapia medicamentosa, porém essa pausa na medicação acabou por agravar a sua condição clínica, desencadeando o infarto.

Saiu a consulta com o cardiologista, fiz exames e me encaminhou para investigação, foi de 2009 até 2011 e não saiu a investigação. No ano 2011, comecei a passar mal, tinha parado o medicamento, então voltei a tomar. (EP_7)

Segundo Stuchi e colaboradores (2017), a concepção de saúde é formada, pela experiência pessoal de cada um e possui estreita relação com as crenças, valores e sentimentos que alinham a racionalidade biomédica com a popular e influenciam na adesão ou não da terapêutica medicamentosa e na alteração dos hábitos de vida.

Santos e colaboradores (2013) reforçam a existência de diferentes fatores que influenciam na adesão terapêutica, como o vínculo entre paciente-médico e demais profissionais de saúde envolvidos nos cuidados, como a forma de organização dos serviços de saúde e a sua própria terapia. Pode-se considerar que, pelo fato de ser uma doença assintomática, muitas vezes as pessoas acreditam não ser necessário o uso contínuo da medicação.

Ao observar a narrativa de EP_5, percebe-se que, quando jovem, não procurava realizar cuidados de promoção à saúde e prevenção das doenças, além de ser sedentário. Em consequência do IAM, ressalta a importância de realizar mudanças nos hábitos de vida.

Quando jovem, raramente ia ao médico [...]. Antes jamais caminhava, agora caminho duas a três vezes por semana, tenho que levar a sério. (EP_5)

O fato é que, mesmo tendo acesso ao acompanhamento médico regular e recebendo orientações a respeito dos cuidados com a doença, ainda são incipientes as modificações no estilo de vida, como a prática de atividade física e o cuidado com a alimentação para perda ou manutenção do peso. Essa é uma realidade

preocupante e que reafirma o papel central da gestão das políticas de saúde (ZANGIROLANI et al., 2018).

Já EP_6, em seu depoimento, afirma que procurou atendimento profissional quando percebeu o enfraquecimento visual, e começou a sua busca pelo cuidado, com a realização de exames laboratoriais e o diagnóstico de DM, que o fez iniciar o tratamento medicamentoso.

Comecei a ficar com a visão fraca, então fui consultar e o médico mandou fazer exames e apareceu a diabete. Comecei a tratar a diabete, se você não cuidar e não tratar leva você para cama e pode levar ao infarto. (EP_6)

As pessoas portadoras de DM apresentam maior risco de desenvolver DCV, principalmente o DM tipo II, quando associado à resistência ao controle glicêmico. Estudos têm demonstrado que a hiperglicemia poderia aumentar o tamanho do infarto, induzindo a morte das células cardíacas, ou ampliar a área isquêmica, associada com a HAS com a DM pode dobrar o risco para desenvolvimento de DCV (PASSINHO et al., 2018; MALAQUIAS et al., 2016; FERREIRA et al., 2015a).

Na narrativa de EP_5, observa-se o descaso dos profissionais de saúde no atendimento, bem como a falta de acolhimento.

Pedi ajuda ao funcionário da UTI e ele me mandou pedir ajuda para Jesus. Fiquei com muita raiva, mas estava impossibilitado de agir. Na UTI, quando abrem a porta, tem muito barulho. Meu Deus, a gente está tentando descansar e aquele barulho! Passei muito mal naquela UTI. (EP_5)

Apesar dos avanços sobre o conhecimento do tratamento da doença, ainda é necessário qualificar e preparar os profissionais de saúde para diagnosticá-la e tratá-la, além de melhorar as estruturas dos serviços de saúde (MENDES et al., 2014).

5.2.6 Classe 6- (In) certeza para o futuro

Os participantes misturam desejo de um futuro melhor e o medo e a incerteza das incapacidades e da morte.

Nos relatos de EP_9, EP_10 e de EP_11, depois do infarto, a família representou um papel importante no restabelecimento da saúde, auxiliando no cuidado com a saúde.

[...] estava tomando os mesmos medicamentos do primeiro infarto. Depois do infarto, a minha família ficou mais próxima, mas ainda não se cuidam em relação à saúde. Para o futuro, espero conseguir me aposentar e fazer alguma coisa em casa, e tentar ficar mais tranquilo. Quando estava no hospital, muitas vezes conversei com Deus, escuto a Bíblia e fazemos estudos bíblicos em família. (EP_9)

[...] minha família ficou muito preocupada. Meu marido e meu filho me cuidam mais agora e controlam toda comida que como. Para o futuro, espero viver mais uns anos. (EP_10)

Pensava muito na família e no meu filho de 12 anos. Minha esposa é muito importante para mim, pega no meu pé, porque comia muita carne de porco e torresmo. No hospital, pensava somente em voltar para casa, queria vir embora. (EP_11)

O estresse desencadeado pelo evento cardíaco afeta não só a pessoa que infartou, mas toda a sua rede familiar, e com a intenção de evitar novo sofrimento surge a presença de um cuidador controlador, sob uma perspectiva de vigilância e imposição em relação ao infartado, pois a família considera que a resistência do enfermo ao tratamento foi a desencadeadora do evento (GARCIA et al., 2016).

As restrições causadas pela doença são evidenciadas na narrativa de EP_10, pois repercutiram na sua autossuficiência, interferindo no seu cuidado à saúde, levando à dependência, conforme se percebe neste trecho.

Agora estou melhorando, recuperando desse infarto, mas sinto dor dentro do coração, uma dor forte. Pensei que ficaria boa e ainda estou sentido essas dores [...]. (EP_10)

A maioria dos participantes parecia não compreender a sua enfermidade como de caráter crônico, pois não tinha ideia sobre o tempo de tratamento e acreditava que entre um a cinco anos haveria a cura (GAMA et al., 2012).

O infarto faz com que a pessoa reflita sobre a sua vida e busque no primeiro momento mudar seus hábitos de vida, conforme se percebe nos relatos de EP_1 e EP_8. Observou-se que as mudanças dos hábitos alimentares foram as primeiras ações de cuidado realizadas, como o planejamento para um futuro mais saudável.

Atualmente, após o infarto, comida grelhada. Espero para o futuro ter a minha saúde normal e trabalhar, se não puder me aposentar, mas, até que me aposente, quero trabalhar e levar uma vida normal e trabalhar. (EP_1)

[...] pensava assim, por que eu? Meu pai morreu novo. As pessoas não ligam e não levam a sério. Aqui em casa ninguém vai ao médico fazer um eletrocardiograma. Depois do infarto, estou mudando a alimentação, comendo aos poucos sem frituras, ovo cozido, salada, sem refrigerante e caminhar, mas não é fácil controlar a alimentação. (EP_8)

No momento em que ocorre a confirmação do evento cardíaco, como doença grave, desencadeiam-se sentimentos de sofrimento, incertezas sobre o futuro, dúvidas e medos em relação ao tratamento e aos procedimentos terapêuticos, como a expectativa de desamparar a família e seus dependentes, e entre esses sentimentos surge o medo da finitude (VIEIRA et al., 2017).

Nas narrativas de EP_3 e EP_6, após o evento cardíaco, persistiram sentimentos de medo e insegurança em relação ao futuro, e, apegaram-se a Deus para conseguir lidar com esses sentimentos conflituosos.

Na família, cuidar da saúde mesmo é só eu minha filha que vai ao médico e faz consulta. Meu filho saiu de casa faz 10 anos e o marido não vai consultar. Espero para o futuro que eu acorde e não sinta o que senti naquele dia que me deu o infarto, peço a Deus. (EP_3)

Prefiro tomar suco. Espero para o futuro que fique bom e voltar a trabalhar, ainda me sinto fraco e tenho medo. Tem horas que paro para pensar e sinto desespero, me apego com Deus, vamos todos na missa, as crianças vão à catequese. (EP_6)

Garcia e colaboradores (2013) descreveram a experiência das famílias após o infarto, pois, quando os sinais e sintomas fisiológicos não estavam mais presentes, o que marcou os familiares foram os sintomas psicossociais, como a angústia, o medo e a aflição.

Na narrativa de EP_2 e EP_7, observam-se sentimentos de incapacidade. EP_2 relata que sua vida mudou completamente após o IAM e EP_7 relata que não há mais nada a fazer em relação a sua doença e, deixa a Deus a responsabilidade pela sua partida.

Em casa, tomo medicamento, se tenho dor, relaxante muscular, e cada vez tomava dois comprimidos. Depois do infarto mudou tudo, sinto mais cansaço, mas não sinto dor só quando o tempo está para chuva, sinto umas fígadas, mas nossa, mudou tudo na minha vida. (EP_2)

Agora espero a hora de Deus me levar, a única coisa que espero, porque já tentei de tudo e não consegui, se pelo menos tivesse o auxílio-doença para comprar minhas coisas, como creme, roupa, calcinha, sutiã, um esmalte [...].
(EP_7)

Segundo Coelho e colaboradores (2016), as atitudes das pessoas representam a maneira que elas pensam e sentem em relação à doença. Com base na sua experiência de vida, predispõem certas maneiras de agir ou se comportar frente a determinadas situações e sofrem influência de elementos cognitivos, avaliativos, afetivos ou emocionais, bem como comportamentais. Dessa forma, suas decisões são tomadas a partir da visão de mundo herdada, e compreendem os diferentes comportamentos das pessoas frente ao seu adoecimento.

Sentimentos de medo e ansiedade frente aos procedimentos terapêuticos são causados pela incerteza do prognóstico e do futuro.

As autoras destacaram a dificuldade de ter um enfermo no domicílio e que isso pode ser um gerador de conflitos. É importante compreender o ambiente desse indivíduo para a melhor elaboração do cuidado à saúde e a minimização das dificuldades que possam surgir (GARCIA et al., 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o objetivo desta pesquisa foi alcançado e que a metodologia empregada possibilitou descrever a vivência de um grupo de adultos após o episódio de IAM.

Verificou-se que os participantes desconhecem o processo de adoecimento e negam a gravidade do IAM, além de afirmarem que os maus hábitos de vida e a influência da herança familiar os levaram ao episódio agudo. Quando acometidos, houve primeiramente a tentativa de resolver a sua condição com os tratamentos caseiros e a busca tardia pelo sistema de saúde. Após o IAM, os participantes referiram o medo de incapacidade e morte relacionada a outro possível episódio, porém esses relatos são permeados do desejo de um futuro melhor.

Por meio das falas foi possível perceber que, quando buscaram o sistema de saúde, os participantes tiveram dificuldades no acesso e falta de acolhimento por parte dos profissionais. Muitas vezes as queixas dos participantes não foram valorizadas, resultando em atraso no atendimento.

A falta de empatia ficou evidente em alguns relatos, o que gerou ações desesperadas por parte dos participantes. A burocracia, a demora na realização de exames laboratoriais e na identificação precoce do IAM foram fatores relevantes levantados pelos participantes e que influenciaram a busca pelo cuidado à saúde.

Mesmo com todo enfoque na redução das DCV pelos profissionais de saúde, divulgação na mídia de medidas de controle e identificação dos fatores de riscos, campanhas de saúde, elaboração de políticas públicas com a intenção de reduzir os riscos relacionados a essas doenças, percebe-se, ainda, que há dificuldade para a detecção precoce do episódio cardíaco agudo tanto em relação aos profissionais de saúde quanto para a população.

Esta pesquisa permitiu verificar que os cuidados realizados para pessoas com doenças crônicas vão muito além de tratar a agudização – envolvem a necessidade de conhecer as crenças, valores e contexto em que a pessoa está inserida, para que se construa um vínculo de confiança e respeito, estabelecendo uma relação de apoio continuado, a fim de que os que vivenciam o adoecimento consigam gerenciar os cuidados à saúde e buscar manter os hábitos de vida saudáveis, além de serem participantes ativos do processo de cuidado.

As limitações desta pesquisa foram o número reduzido de participantes com IAM atendidos, e o fato da realização da pesquisa ter sido somente com pessoas oriundas de serviços públicos de saúde e um único local de abordagem.

A compreensão de como a pessoa entende o seu adoecimento pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde podem colaborar para uma assistência efetiva e eficaz na redução na DCV e na prevenção da mortalidade precoce por IAM em adultos.

A realização de pesquisas que identifiquem a vivência, a representação e o conhecimento das pessoas e de profissionais sobre outros tipos de doenças crônicas pode auxiliar no planejamento do cuidado e, possivelmente, na prevenção de complicações associadas.

A contribuição desta pesquisa para o ensino de enfermagem refere-se à ênfase que deve ser dada, durante a formação de futuros enfermeiros, para a escuta ativa e a valorização dos sinais e sintomas referidos pelas pessoas acometidas por uma doença crônica. Valorizar, ouvir e priorizar poderá significar melhoria do atendimento e redução das complicações, portanto respeito e cuidado eficiente e resolutivo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION – AHA. **History of the American Heart Association**. ©2018b. Disponível em: <https://www.heart.org/en/about-us/history-of-the-american-heart-association>. Acesso em: 16 fev. 2018.

AMMOURI, A. A. et al. Another chance at life: Jordanian patients' experience of going through a myocardial infarction. **Rev. Theory Nurs Pract.**, New York, v. 31, n. 4, p. 334-348, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.31.4.334>. Acesso em: 4 abr. 2018.

ARSLANIAN-ENGOREN, C. SCOTT, L.D. Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women with myocardial infarction. **Dimensions of Critical Care Nursing**. v.36, n. 5, p. 298-303, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28777117>. Acesso em: 10 dez. 2018.

AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Revista Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 75-82, 2014.

BADKE, M. R. et al. Plantas Medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. **Esc. Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 132-139, 2011.

BANKOFF, A.D.P. et al. Doenças crônicas não transmissíveis: história familiar, hábitos alimentares e sedentarismo em alunos de graduação de ambos os sexos. **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA**, Três Lagoas, v. 5, n. 2, p. 37-56, ago./dez., 2017.

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 482-490, 2014.

BASTOS, A. S. et al. Tempo de chegada do paciente com infarto do miocárdio em unidade de emergência. **Rev. Bras Cir. Cardiovasc.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 411-418, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n3/v27n3a12.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

BERTOLUCCI, P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRANT, L.C.C. et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, e, 1990 e 2015: estimativas do estudo carga global de doença. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Suppl 1, p. 116-128, maio 2017. Doi: 10.1590/1980-5497201700050010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=destaques>. Acesso em: 10 out. 2018.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF; 12 dez. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf. Acesso em: 27 jul. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Avaliação da implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Tabnet: Mortalidade**. [online]. 2017a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>. Acesso em: 11 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financeiro da UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 34, 4 de janeiro de 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html.

_____. Ministério da Saúde. **Sobre a Vigilância de DCNTs**. 2018a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>. Acesso em: 13 out. 2018.

BRUSTOLIN, A.; FERRETTI, F. Itinerário Terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 47-59, 2017.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do processo saúde-doenças: Significados e valores da educação e saúde. **Rev. Bras. de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 36, supl. 1, p. 40-50, 2012.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.** [online], v. 21, n. 2, p. 513-18, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 1 set. 2018.

CAMPONOGARA, S.; SILVEIRA, M., CIELO, C. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular sobre o adoecimento. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Divinópolis, v. 4, n. 1, p. 933-1003, jan./abr., 2014.

CASCADEL. Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel – Sesau. **Atenção às Urgências**. 2017. Disponível em: <http://sesau.cascavel.pr.gov.br/atencaourgencias.html>. Acesso em: 14 nov. 2017.

_____. Portal do Município de Cascavel. **Indicadores**. 2016. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/indicadores.php>. Acesso em: 14 nov. 2017.

CASTRO, B. O. et al. Conhecimento e significado do cateterismo cardíaco para pacientes cardiopatas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 29-35, jan./fev., 2016.

COELHO, A.C. et al. Crenças, valores e atitudes dos familiares conviventes com pacientes coronariopatas. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 20, p. e980, 2016.

COSTA, L. A. et al. A hipertensão arterial sistêmica na perspectiva de uma comunidade Ribeirinha: uma abordagem transcultural. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade (RICS)**, São Luís, v. 3, n. especial, jan./jul. 2017.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa: Projeto de Pesquisa** escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. São Paulo: Penso Editora, 2014.

DAMASCENO, C. A. et al. Fatores associados à decisão para procura de serviços de saúde no infarto do miocárdio: diferença entre gêneros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1362-1370, 2012.

FERREIRA, A. R. P. A. et al. Controle glicêmico em pacientes com infarto agudo do miocárdio: tempo de duração do diabetes conta! **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 487-495, 2015a. DOI: 10.5935/2359-4802.20150069.

FERREIRA, E. D. M. **O itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus**. 2015. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015b.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatric Res.**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-98, 1975.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

FRANCO, B. et al. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 414-8, 2008.

GAMA, G. G. G. et al. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3371-3383, 2012.

GARCIA, R. P. et al. A vivência da família após o infarto do miocárdio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 171-178, 2013. Disponível em: <file:///D:/Sistema/Downloads/38553-173960-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

_____. Cuidado familiar após infarto agudo do Miocárdio. **Ciência y Enfermería**, Concepción, v. XXII, n. 2, p. 27-37, 2016.

GOMES, C. M. et al. Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v. 69, n. 2, p. 352-359, mar./abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690219i>. Acesso em: 12 jun. 2017.

GOMES, E. B. et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 594-600, jul./ago. 2012.

GYBERG, A. et al. Women's help-seeking behavior during a first acute myocardial infarction. **Scand. J. Caring. Sci.** [online], v. 30, n. 4, p. 670-677, 2016. Disponível em: www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12286. Acesso em: 10 jun. 2017.

JOHANSON, I.; SWAHN, E.; STRÖMBERG, E. S.; Manageability, vulnerability and interaction: A qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conception of the event. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs**, Amsterdam, v. 6, n.3, p.184-91, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16997634>. Acesso: 12 abr. 2017.

KAMI, M.T.M. et al. Trabalho no consultório na rua: uso do *software* IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3. jul./set. 2016.

KEMP, K. **Antropos e Psique: o outro e sua subjetividade**. São Paulo: Olho d'Água, 2012.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry**. California: Regents, 1980.

_____. **The illness narratives: Suffering, Healing & the Human Condition**. New York: Editora Basic Book, 1988.

KOC, S.; DURNA, Z.; AKIN, S. Interpretation of symptoms as a cause of delays in patients with acute myocardial infarction, Istanbul, Turkey. **East Mediterr. Health J.**, Cairo, v. 23, n. 4, p. 287-297, 2017.

KOERICH, C. et al. Perfil epidemiológico da população submetida à revascularização cardíaca e acesso ao sistema único de saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.22, n.3, p. e50836, 2017.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciê. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4. p. 1019-1029, 2014.

LIMA, D. M.; SILVA, D. P.; MENDONÇA, I. O. Fatores preditores para infarto agudo do miocárdio (IAM) em adultos jovens. **Cadernos de graduação – Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 5, n. 1, p. 203-216, out. 2018.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-28, 2011.

MALAGUINAS, M.V.B. et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p.1-103, set. 2016.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, p.4s, 2017.

MALTA, D.C; SILVA JR, J. B. S. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 389-396, jul./set. 2014. doi: 10.5123/S1679-49742014000300002.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq.**

Bras. Cardiol. [online], v. 107, n. 1, ahead print, p. 0-0, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf. Acesso em: 3 maio 2018.

MANTOVANI, M. F. et al. Utilização de Terapias complementares por pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-8, out./dez. 2016.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquee aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'election présidentielle française (september-octobre 2011). **Actes des 11eme Journées Internationales 'Analyse Statistique des Données Textuelles**, Belgique, p. 687-699, 2012.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-766, 2015.

MCLNTYRE, E. et al. Herbal medicine use behavior in Australian adults who experience anxiety: a descriptive study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 16, p. 60, 2016.

MEDEIROS, T. L. F. et al. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev. Enferm. UFPE** [online], v. 12, n. 2, p. 565-572, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230729p565-572-2018>. Acesso em: 24 out. 2018.

MENDES, A. S. et al. Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 505-512, 2014.

MENDOZA-CATALÁN, G.; GALLEGOS-CABRIALES, E. C.; FIGUEROA-PEREA, J. G. Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo. **Rev. Cuidarte**, Colômbia, v. 8, n. 3, p. 1786-1798, 2017.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, Brasília, v. 14, n. 3, p.140-152, 2012.

MUSSI, F. C. et al. Pre-hospital delay in acute myocardial infarction judgment of symptoms and resistance to pain. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], v. 60, n. 1, p. 63-69, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24918855>. Acesso em: 24 abr. 2018.

MUSSI, F. C.; MENDES, A. S; DAMASCENO, C. A. Fatores ambientais associados ao tempo de decisão para procura de atendimento no infarto do miocárdio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 722-729, 2014.

NABÃO, F. R. Z.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v. 11,

n. 1, p. 101-109, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46877/22999.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2018.

NIELSEN, S. et al. Experiences and actions during the decision making process among men with a first acute Myocardial Infaction. **Journal of Cardiovascular Nursing**. v.30, n. 4, p. 332-339, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24763356>. Acesso em: 10 dez. 2018.

NILSSON, G. et al. Pre-hospital delay in patients with first time myocardial infarction: an observational study in a northern Swedish population. **BMC Cardiovascular Disorders**, London, v. 16, p. 93, 2016.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n.125, p. 1-12, 2017.

OLIVEIRA, M. E. B. et al. Uso de plantas medicinais por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ensaio Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 137-142, 2014.

ORTIGA, A. M. B.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. et al. Avaliação do serviço de atendimento móvel de urgência em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, e00176714, 2016. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/csp.

OSUGUI, D. M. **Itinerário terapêutico do homem com cardiopatia submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio**. 2013. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2013.

OUCHI, J. D. et al. Tempo de Chegada do Paciente Infartado na Unidade de Terapia Intensiva: a importância do rápido atendimento. **Ensaio e Ciências Biológicas, Agrária e da Saúde**, Campo Grande, v. 21, n. 2, p. 92-97, 2017.

PAIM, C. P.; AZZOLIN, K. O.; MORAES, M. A. O. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 77-82, jan./fev. 2012.

PALMEIRA, A. T.; CHAVES A. M. Experiência de enfermidade crônica: implicações do viver com adoecimento para o cotidiano de quem adoeceu. **Rev. Psi. Divers. Saúde**, Salvador, v. 7, n. 1, p. 38-48, mar. 2018.

PASSINHO, R. S. et al. Sinais, Sintomas e Complicações do Infarto Agudo do Miocárdio: Revisão Integrativa. **Rev. Enferm. UFPE [online]**, v. 12, n. 1, p. 247-264, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a22664p247-264-2018>. Acesso em: 17 out. 2018.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitiva comportamental. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 3- 17, jan./jun., 2011.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

RIBEIRO, A. L. P. et al. Cardiovascular Health in Brazil – Trends and Perspectives. **Circulation**, Dallas, v. 133, n. 4, p. 422-33, 2016.

RIBEIRO, P. R. Q.; OLIVEIRA, D. M. Reabilitação cardiovascular, doença arterial coronariana e infarto agudo do miocárdio efeitos do exercício físico. **Revista Digital**, Buenos Aires, a.15, n. 152, jan. 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd152/reabilitacao-cardiovascular-efeitos-do-exercicio-fisico.htm>. Acesso em: 25 out. 2018.

ROBERTS, R. et al. Pathophysiology, recognition and treatment of acute myocardial infarction and its complications. In: SCHLANT, R. C.; ALEXANDER, R. W. (org.). **Hurst's the Heart: Arteries and Veins**. McGraw-Hill, New York, 1994.

RODRIGUES, M.; MAKSDUD, I. Abandono de tratamento: itinerário terapêutico de pacientes com HIV/AIDS. **Rev. Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 113, p. 523-538, abr./jun. 2017.

RUSTON A.; CLAYTON, J. Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: the effect of co-occurring illness. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, New York, v. 6, n. 4, p. 321-328, 2007.

SÁ, K. N. Espiritualidade e dor. Sociedade Brasileira para o Estudo da dor. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 95-96, abr./jun. 2017.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq** (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Planaltina, DF: [S.n.], 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/anexo-manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 1 ago. 2018.

SANTOS, A. A. A. et al. Identificação precoce da síndrome coronariana aguda: uma revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 219-236, out. 2017.

SANTOS, M. V. R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-61, jan./mar. 2013.

SILVA, L. D. C. et al. A percepção da sexualidade do paciente coronariano. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 2, p. 76-81, abr./jun., 2017.

SIMÃO, A. F. et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, supl. 2, p. 1-63, 2013.

SOUZA, M. Z.; OLIVEIRA, V. L. M. Vivenciando o infarto: experiência e expectativas dos pacientes. **Esc. Anna N. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 72-79, abr. 2005.

STUCHI, R. A. G. et al. Insuficiência cardíaca e crenças dificultadoras na adesão ao tratamento. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 7, p.e1871, 2017.

TESTON, E. F. et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **USP Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 95-102, 2016.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 798-806, abr. 2010.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, out./dez. 2015.

VIEIRA, M. B. et al. Percepções de homens após infarto agudo do miocárdio. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-9, jul./set., 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Status Report on noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 16 mar. 2018.

_____. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 mar. 2018.

ZANGIROLANI, L. T. et al. Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Itinerário Terapêutico do Usuário com Infarto Agudo do Miocárdio.

Pesquisador Responsável: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Telefone para contato: (41)3387-8365 no horário das 13:30 às 17:00 de 2^a a 4^a feira.

E-mail: mfatimamantovani@ufpr.br

Mestranda: Vanêssa Piccinin Paz Santana, do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (045) 988034171. E-mail: vanesssa.piccinin7@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná. R: Padre Camargo, nº 285 - Curitiba – PR., Tel: (041) 3360-7259.

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar do estudo intitulado: **Itinerário Terapêutico do Usuário com Infarto Agudo do Miocárdio**. O senhor (a) foi plenamente esclarecido de que será submetido a uma pesquisa com o objetivo de conhecer as percepções vivenciadas pelo senhor (a) até o momento do infarto.

Caso o senhor (a) aceite participar da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista, realizada pela mestranda Vanêssa Piccinin Paz Santana em local, data e horário predeterminados com o (a) senhor (a), para o relato das informações a respeito da sua sensação e a sua vivência em relação ao infarto. A entrevista será audiogravada e a previsão de duração é de até 60 minutos e o (a) senhor (a) também foi informado que poderá responder as perguntas que desejar e terá liberdade para questionar a mestranda Vanêssa Piccinin Paz Santana no momento que achar necessário. O (a) senhor (a) foi informado que para garantir o anonimato e sigilo das informações será identificado, por meio do código: E (entrevista), P (participante) e X (número arábico em ordem crescente dos participantes entrevistados). Exemplo: EP_1.

O (a) senhor (a) foi informado de que tão logo a entrevista seja transcrita e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado.

O (a) senhor (a) foi informado de que a entrevista poderá fazê-lo (a) relembrar de fatos ou situações desagradáveis e, que se ocorrer, será respeitada a expressão de suas emoções e encerrada a entrevista, ou transferida em comum acordo com o (a) senhor (a).

Pelo fato de esta pesquisa ter única e exclusivamente interesse científico, ela foi aceita espontaneamente pelo (a) senhor (a), que, no entanto, poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando, para isso, informar, de maneira que achar conveniente, a sua desistência e poderá solicitar a devolução do termo de consentimento livre esclarecido assinado. Por ser voluntária e sem interesse financeiro, o (a) senhor (a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não ocorrerá em riscos e prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao Sr. (a) serão sigilosos e privados, e a divulgação dos resultados visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos pela pesquisa em questão, sendo que o (a) senhor (a) poderá solicitar informações durante todas as fases desta pesquisa, inclusive após sua publicação.

Serão respeitados todos os princípios éticos determinados na Resolução: 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa em Seres Humanos.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Cascavel, _____ de _____ 201____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para fazer parte neste estudo

Cascavel, _____ de _____ 201____

Mestranda de Enfermagem Vanêssa Piccinin Paz Santana

APÊNDICE B – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO

TÍTULO DA PESQUISA – ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO USUÁRIO COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Pesquisadora: Vanêssa Piccinin Paz Santana

Orientadora: Maria de Fátima Mantovani

Coorientadora: Nen Nalu Alves das Mercês.

Entrevista número: _____ **Data da aplicação do questionário:** _____

DADOS PESSOAIS

Participante: _____ Idade: _____ Filhos: () , quantos: _____ () não.

Raça/cor: _____ sexo: _____

Status ocupacional: () empregado; () empregador; () autônomo; () aposentado; () em auxílio-doença; () desempregado () exerce atividades do lar.

Grau de escolaridade: _____

Estado civil: () casado; () solteiro; () viúvo; () separado; () amasiado.

Tempo de união: _____

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Renda familiar: _____ renda pessoal: _____

Número de pessoas que contribui com a renda familiar: _____

Número de pessoas dependentes da renda: _____

Moradia: () própria; () alugada; () cedida. Outros: _____

Utiliza quais serviços de saúde: () SUS; Privado () . Outros: _____

CONDIÇÕES DE SAÚDE

Doença _____ ou _____ problemas _____ de _____ saúde preexistente: _____

Uso de medicamentos: _____

Uso de terapias complementares: _____

Já teve infarto do miocárdio antes? () sim; Quando: _____ ; () Não.

Teve _____ algum _____ familiar _____ que _____ teve _____ infarto _____ do _____ miocárdio: _____

Teve _____ outras _____ complicações _____ ou _____ outros _____ problemas _____ de saúde: _____

Quais doenças ou problemas de saúde algum médico já disse que o Senhor (a) tinha: _____

HÁBITOS DE VIDA

Tabagismo () não () sim

Etilismo () não () sim

Atividade físicas () não () sim. Qual: _____

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

a) poderia me contar como sua doença começou e o que o senhor (a) fez para se tratar?

(a) poderia me contar que fatores de risco poderiam ter influenciado no desenvolvimento da doença?

a) poderia me contar como ocorreu a descoberta da doença?

hor (a) buscou por tratamento?

a sua vida hoje? O que o senhor (a) acredita que possa ter causado o adoecimento?

a) poderia contar da sua adolescência até a vida adulta, como o cuida da sua saúde?


a) realiza alguns cuidados de saúde na sua casa, algumas terapias que não foram receitadas pelo médico?

nhor (a) buscou tratamento para a saúde?

ília, como vocês cuidam da saúde?

nhor (a) espera do futuro?

ANEXO 1 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MINI-MENTAL)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	<p>Copiar dois pentágonos com interseção</p> 

Fonte: Folstein; Folstein; Mchugh (1975).

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Curitiba, 23 de novembro de 2017.

Ofício Nº: 154/2017 - PPGENF

Ref: **Encaminhamento de extrato de ata de aprovação de projeto**

Da: Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF

Ilma. Sr.^a Prof.^a Dr.^a Ida Gubert
MD Coordenadora do CEP/SD

Prezada Coordenadora

Vimos, por meio deste, encaminhar o extrato de ata referente à apreciação do Projeto de Pesquisa intitulado "ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO USUÁRIO COM INFARTO DO MIOCÁRDIO", que será desenvolvido pela Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani, participantes a mestranda **Vanessa Piccinin Paz Santana** e a coorientadora Prof.^a Dr.^a Nen Nalú Alves das Mercês, para análise e parecer.

Este estudo foi aprovado em reunião de Colegiado, em data de 23 de novembro de 2017, conforme o extrato de ata em anexo.

Da mesma forma, anexamos parecer da analista de mérito Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani testemunhando o valor científico do projeto.

Atenciosamente


Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres

Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres
Vice-Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem
Matrícula: 140503

ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE HOSPITAL**Hospital
do
Coração**

Endereço: Rua Carlos de Carvalho, 4191, Centro, Cascavel – Pr. Fone: 45 3039 4848

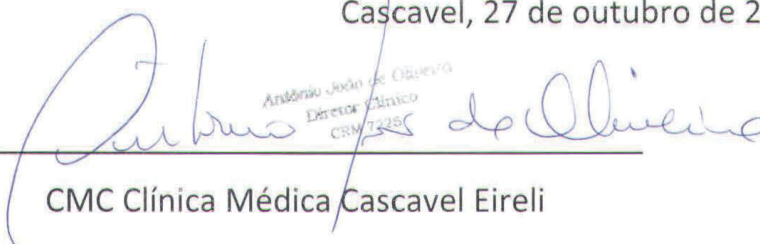
AUTORIZAÇÃO

Através desta, autorizamos a Enfermeira Mestranda: Vanessa Piccinin Paz Santana a ter acesso aos prontuários de pacientes internados neste Hospital, que tiverem infarto agudo do miocárdio, provenientes da Unidade de Pronto Atendimento, com o bjetivo de realizar projeto acadêmico de enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Deverá ser observado a condição de conservar o prontuário sem nenhuma alteração em seu conteúdo e sem retirar qualquer documento de seu interior.

Os dados deverão ser sigilosos, cumprindo determinações do Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos em atendimento aos princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde da UFPR.

Sendo o que tínhamos a autorizar, firmamos a presente

Cascavel, 27 de outubro de 2017


Antônio João de Oliveira
Diretor Clínico
CRM 7425

CMC Clínica Médica Cascavel Eireli

CNPJ 08.911.792/0001-68

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A construção do itinerário terapêutico de pessoas com infarto agudo do miocárdio

Pesquisador: Vanêssa Piccinin Paz Santana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82916018.9.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.127.897

Apresentação do Projeto:

Relatório Final está de acordo com as exigências estabelecidas pelo CEP Unioeste.

Objetivo da Pesquisa:

Relatório Final está de acordo com as exigências estabelecidas pelo CEP Unioeste.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Relatório Final está de acordo com as exigências estabelecidas pelo CEP Unioeste.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relatório Final está de acordo com as exigências estabelecidas pelo CEP Unioeste.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Relatório Final está de acordo com as exigências estabelecidas pelo CEP Unioeste.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relatório Final está de acordo com as exigências estabelecidas pelo CEP Unioeste.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1276670_E1.pdf	31/01/2019 15:34:10		Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.127.897

Outros	Relatorio_final_comite_de_etica.pdf	31/01/2019 15:32:57	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/02/2018 13:50:25	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/02/2018 20:38:57	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	atareuniao2.jpg	05/02/2018 20:35:21	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	atareuniao1.jpg	05/02/2018 20:35:01	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	466_12TERMODECIENCIADORESPONSAVELPELOCAMPODEESTUDO.pdf	03/02/2018 16:33:12	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	DADOSDEIDENTIFICACAOSOCIODEMOGRAFICO.pdf	03/02/2018 16:17:29	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	03/02/2018 16:15:50	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	TERMODECIENCIADORESPONSAVELPELOCAMPODEESTUDO.pdf	03/02/2018 16:09:47	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	510_15TERMODECOMPROMISSOpara dadosemarquivo.pdf	03/02/2018 16:09:07	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	autorizacaosesau.jpg	03/02/2018 16:04:20	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Outros	liberacaopesquisahospitalcoracao.jpg	03/02/2018 16:03:07	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Brochura Pesquisa	comitetica1.doc	03/02/2018 16:00:51	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComitedeetica.pdf	03/02/2018 15:41:32	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_INSTITUICAO_E_INFRAESTRUTURA.pdf	03/02/2018 15:40:17	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/02/2018 15:19:43	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodopesquisadorresponsavel.pdf	30/01/2018 15:29:07	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/01/2018 16:59:50	Vanêssa Piccinin Paz Santana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.127.897

CASCADEL, 31 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br